

Departamento de psicología

Programa de maestría en desarrollo social

Tesis

Cohesión, adaptabilidad familiar y bienestar psicológico en los adultos mayores.

Para optar al título de:

Magíster en desarrollo social

Autor:

Elsa Maestre Uhia

Asesor:

PhD María Amarís Macias

BARRANQUILLA, 2019

Resumen

La investigación exploró la relación entre funcionamiento familiar y bienestar psicológico en una muestra de adultos mayores. Objetivo: Determinar la relación entre cohesión, adaptabilidad familiar y bienestar psicológico de la población de adultos mayores.

Metodología: Estudio cuantitativo, no experimental de diseño correlacional. Resultados: Las variables en estudio mostraron relaciones inversas de intensidad media. La muestra exhibió puntajes altos en la escala de bienestar psicológico, mientras que el funcionamiento familiar mostró puntajes bajos, vinculados a funcionamientos deficientes. Conclusiones: La adultez mayor es una etapa del ciclo vital con características diferenciadas pero no universales. Las trayectorias y acumulados vitales determinan la experiencia de vida en la vejez.

Palabras clave: Adultez mayor, bienestar psicológico, funcionamiento familiar

Abstract

The research explored the relationship between family functioning and psychological well-being in a sample of older adults. Objective: To determine the relationship between cohesion, family adaptability and psychological well-being of the elderly population. Methodology: Quantitative, non-experimental study of correlational design. Results: The variables in study of relations of inverse relations of medium intensity. The sample exhibited high scores on the psychological well-being scale, while family functioning showed low scores, linked to poor functions. Conclusions: Older adulthood is a stage of the life cycle with differentiated but not universal characteristics. The trajectories and vital accumulated determine the experience of life in old age.

Keywords: Senior adulthood, psychological well-being, family functioning

NOTA DE ACEPTACION

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Tabla de contenido

Introducción	7
1. Justificación.....	10
2. Marco teórico	12
2.1. Funcionamiento familiar y bienestar psicológico en la adultez tardía	12
2.2. Cohesión y adaptabilidad familiar en el adulto mayor	15
2.3. La adultez tardía: ciclo vital y desarrollo humano	26
2.3.1 Adultez tardía como concepto.	26
2.3.2 La vejez como etapa del ciclo vital.	29
2.3.3 Bienestar psicológico: Un cambio de perspectiva.	35
2.3.4. Teoría universalista del bienestar.....	38
2.3.5 Teoría situacional vs teoría personológica del bienestar psicológico.	38
2.3.6 El modelo de bienestar psicológico de Ryff en el adulto mayor.	40
3. El problema de investigación	44
3.1 Objetivo general.....	48
3.1.1 Objetivos específicos.	48
4. Hipótesis	48
5. Metodología	50
5.1 Población y muestra.....	50
5.2 Instrumentos	51
5.3 Procedimiento	52
6. Resultados.....	53
7. Discusión.....	71
8. Conclusiones.....	75
9. Referencias	76

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Sexo de los participantes	54
Figura 2. Nivel educativo	57
Figura 3. Distribución de la escala de cohesión familiar	59
Figura 4. Cohesión familiar	61
Figura 5. Tipos de adaptabilidad familiar	65
Figura 6. Rangos escala de bienestar psicológico.....	66

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Modelo Psicosocial de Erik Erickson	33
Tabla 2. Definición de variables	49
Tabla 3. Edad de los participantes	53
Tabla 4. Consistencia interna escala de cohesión familiar	59
Tabla 5. Distribución tipos de cohesión familiar	60
Tabla 6. Coeficiente de confiabilidad dimensión adaptabilidad	64
Tabla 7. Distribución tipos de adaptabilidad familiar	64
Tabla 8. Índice de bienestar psicológico	65
Tabla 9.. Contingencia rangos de bienestar psicológico, tipos de adaptabilidad y cohesión familiar (diferencias de medidas, ANOVA de 1 factor)	67
Tabla 10. Correlaciones bivariadas entre las variables de estudio. Cohesión familiar, adaptabilidad familiar y bienestar psicológico	69
Tabla 11. Correlaciones bivariadas con dimensiones. Cohesión familiar, adaptabilidad familiar, autoaceptación, autonomía, crecimiento personal, dominio del entorno, propósito en la vida, relaciones positivas.	70

Introducción

El envejecimiento se ha convertido en un reto para las sociedades actuales. Menores tasas de fecundidad y un aumento en la expectativa de vida marcan una tendencia de envejecimiento para algunas sociedades. La cuestión en discusión es si estas sociedades están preparadas para asegurar el buen vivir de las personas en esta etapa del ciclo vital; y es que de acuerdo con datos del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) desde 1950 se ha multiplicado por 5 la cantidad de personas mayores de 65 años, y se proyecta que para el año 2050 serán 1900 millones, representando un 20% de la población mundial.

Estas transformaciones en las tendencias demográficas no ocurre al margen del contexto cultural, económico y político de las sociedades, de tal manera que el reto no es solamente pensar en el buen vivir en términos de “cuidado” de las personas mayores, sino en la manera en que el conjunto de la sociedad incorpora al adulto mayor como un recurso humano de enorme importancia, pero para ello será necesario comprender y superar los prejuicios, discriminaciones y estigmas que circulan alrededor del envejecimiento y la vejez; y por supuesto descubrir y entender los mecanismos que favorecen o dificultan la integración efectiva y afectiva del adulto mayor en la sociedad.

Ya desde la primera asamblea mundial sobre el envejecimiento de la Organización de Naciones Unidas (ONU) realizada en 1982, se reconoce que las principales esferas de preocupación para los adultos mayores tienen que ver con la salud, la nutrición, el bienestar familiar, el bienestar social, la seguridad en el ingreso y la educación. Al respecto del bienestar familiar se remarca el efecto que la incursión de la mujer en el mercado laboral ha tenido sobre roles de género relacionados con el cuidado de los ancianos. La familia sigue siendo el núcleo básico de la sociedad, es en la dinámica familiar desde donde se transitan muchas etapas del ciclo vital, en los Principios de las Naciones Unidas en favor de las

personas de edad aprobados en la 74° sesión plenaria de la ONU en 1991 se reconoce la importancia que tiene la familia para la seguridad y calidad de vida del adulto mayor.

El artículo 10 de estos principios declara expresamente que: “Las personas de edad deberán poder disfrutar de los cuidados y la protección de la familia y la comunidad de conformidad con el sistema de valores culturales de cada sociedad” (Organización de las Naciones Unidas, 1991) señalando con esto la importancia de las relaciones familiares para el bienestar del adulto mayor. Pero las relaciones familiares y en general las redes de apoyo social no están suspendidas en el vacío y se construyen en la relación dialéctica entre el individuo y la estructura social, de tal manera que factores como la distribución del ingreso, la violencia, particularmente la violencia sociopolítica, el clima social y la apropiación social de los Derechos Humanos, influyen en la solidez de estas relaciones.

Tal como afirma el estudio “Envejecimiento y vejez en América Latina y el Caribe” publicado por la CEPAL, las transformaciones socioeconómicas y culturales que tuvieron lugar a partir de la década del 90’ influyeron de manera decisiva en la calidad de vida de las personas mayores, a nivel social la acumulación de múltiples factores como la precarización laboral y la liberalización del Estado significó la desprotección de capas enteras de la sociedad, entre ellas, la de los adultos mayores; a nivel familiar también se transitan las presiones derivadas de un contexto de vulnerabilidad en el plano económico, sociocultural y de organización.

De acuerdo con proyecciones del DANE (2010) para el 2050 el 20% de la población colombiana serán adultos mayores de 65 años, actualmente los demógrafos catalogan a Colombia como una sociedad en plena transición, esto es, con tasas moderadas de natalidad y mortalidad, así mismo es considerada la transición demográfica más acelerada de América Latina, lo que significa que su población menor de 15 años disminuye al tiempo que aumenta rápidamente la población de adultos mayores de 65 años. En esta etapa de la vida, las

personas mayores en Colombia enfrentan desigualdades relacionadas con los ingresos económicos, seguridad social en pensiones y educación. Solamente el 25% de los adultos mayores en Colombia recibe algún tipo de pensión, lo que supone un límite para el acceso a los derechos (Política Nacional de Envejecimiento Humano y Vejez 2014-2024).

Existe una relación estrecha entre entorno, relaciones y calidad de vida. Recordando la teoría del desarrollo psicosocial de Erikson en la vejez tiene lugar la etapa integridad del yo vs desesperación, la superación de este conflicto suscitado por las características propias de este momento de la vida se vincula con la calidad de las relaciones familiares y la estructura psicológica forjada a partir de las mismas.

El bajo reconocimiento de los adultos mayores, así como las creencias e imaginarios sobre esta etapa de la vida, pueden generar sufrimiento y malestar psicológico. Estas prácticas de desprecio de lo viejo, encarnan la metáfora del sistema capitalista del desecho y la necesidad compulsiva de mantener las cosas nuevas, incluso los cuerpos, so pena de ser considerados inservibles, sobre todo si esos cuerpos viejos no pueden cumplir con los mandatos ciudadanos del siglo XXI, consumir y producir.

1. Justificación

Entender las relaciones entre el funcionamiento familiar (cohesión-adaptabilidad) y el bienestar psicológico, permitirá trascender la visión de carencia y limitación que caracteriza las investigaciones relacionadas con la vejez y el envejecimiento. Es importante reconocer la forma en que los adultos mayores interpretan su tránsito vital al interior de sus familias, y cómo esto se relaciona con su percepción de estar-bien. Estar bien, que quiere remarcar un énfasis en el papel de los adultos mayores como sujetos de derecho, distinto a un estado pasivo y dependiente de cuidado en el que algunas políticas públicas ubican al anciano, convirtiéndolo en víctima del asistencialismo y la manipulación, producto también de una pobre definición de la vejez, realizada muchas veces desde el sentido común como periodo de finalización de la vida asociada con la muerte, el dolor y la enfermedad.

Hoy se sabe que la tendencia poblacional está marcada por el envejecimiento. En un contexto de lucha por el reconocimiento de nuevas sensibilidades ciudadanas, el asunto sobre la atención de los adultos mayores puede aparecer en el panorama como una cuestión de filantropía o curiosidad intelectual, lo cierto es que asistimos a un cuestionamiento global sobre el sentido de la vida, el sentido no solamente en términos de la productividad o del tener, sino el sentido en su más profundo contenido ontológico y axiológico, donde las cuestiones sobre la vejez cobran importancia en la medida que una sociedad mejor preparada para aprovechar las ventajas de la longevidad podría asegurar mejores indicadores de calidad de vida para sus miembros.

La calidad de vida como constructo multidimensional hace referencia a la imbricación de aspectos económicos, materiales, políticos, interpersonales y afectivos que determinan aspectos objetivos y subjetivos del bienestar humano. Esta investigación se centra en comprender las relaciones entre aspectos interpersonales o afectivos (cohesión y

adaptabilidad familiar) y el bienestar psicológico de los adultos mayores, pretendiendo aportar en la línea de investigación vejez y calidad de vida.

La investigación presenta una relevancia social ya que permitirá conocer la realidad de los adultos mayores en relación con el funcionamiento de sus familias y su percepción de bienestar psicológico. El funcionamiento familiar es una categoría social que permite entender el funcionamiento del individuo en el marco de un grupo de referencia próximo como es la familia. La investigación representa además una utilidad metodológica ya que se validará el test de bienestar psicológico de Ryff en la población de referencia de la presente investigación. La validación se realizará a partir de análisis por jueces expertos y procesamiento estadístico de ajustes de confiabilidad y consistencia interna. Se pretende además producir un recorrido teórico que promueva la discusión acerca de las variables de estudio.

Finalmente los resultados generados permitirían eventualmente aportar herramientas para repensar las políticas de atención a los adultos mayores teniendo en cuenta el nuevo conocimiento generado, constituyéndose en el aporte práctico del presente estudio.

2. Marco teórico

2.1. Funcionamiento familiar y bienestar psicológico en la adultez tardía

¿De qué manera las familias aportan en la construcción de una experiencia vital positiva en la adultez tardía? Como se ha explicado en líneas anteriores la vejez es un concepto, una palabra que se dota de sentido en función del contexto cultural. El dominio del modelo biomédico para la comprensión de los procesos de salud y enfermedad supuso que por mucho tiempo las concepciones sobre la vejez estuvieran restringidas a la senescencia, es decir, a ese proceso de declive biológico marcado por el paso del tiempo, correlacionado con peor pronóstico de salud e incremento del riesgo de mortalidad.

No obstante, la evidencia acumulada permite afirmar que el envejecimiento es un proceso mucho más complejo que la senescencia, o que el declive de los sistemas biológicos no se relacionan causalmente con procesos de enfermedad o condiciones de inhabilidad. En el año 1977 el psiquiatra norteamericano George Engel publica su trabajo titulado: La necesidad de un nuevo modelo médico: un desafío para la biomedicina (Engel, 1977), en el que presenta las bases del modelo biopsicosocial como propuesta para superar las limitaciones del modelo biomédico e incorporar en los procesos de diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, variables psicológicas, sociales y conductuales. Este modelo establece los siguientes puntos centrales:

- 1) Las causas de las enfermedades no obedecen exclusivamente a anomalías moleculares; los factores psicológicos y sociales también determinan la aparición de alteraciones bioquímicas. Así mismo, ciertos factores psicológicos o sociales pueden ser el origen de las enfermedades.

- 2) El contexto psicosocial del sujeto es determinante no solo en la aparición, sino en el curso y el pronóstico de las enfermedades.
- 3) La enfermedad por sí sola no da cuenta de la significación que hace el paciente de los síntomas, generalmente los síntomas se experimentan a través de la relación del enfermo con ese contexto psicosocial.
- 4) El rol del enfermo es una construcción social que no está determinada causalmente por la presencia de la enfermedad.
- 5) En el curso del tratamiento de la enfermedad, o la anomalía biológica, también intervienen las variables psicosociales; o dicho de otro modo, el éxito terapéutico del tratamiento médico está mediado por factores psicológicos y sociales.
- 6) La relación entre el personal asistencial y el paciente, influye en el curso de las enfermedades.

En una perspectiva de ciclo vital, el modelo biopsicosocial permite cuestionar planteamientos tradicionales que vinculan ciertas etapas del desarrollo con la aparición de enfermedades, asumir por ejemplo que más allá de la experimentación de un declive de algunos sistemas biológicos en la senescencia, la vejez puede ser vivida como una etapa saludable, que el rol del enfermo es una construcción social, que el entorno influye en la experiencia vital, y que el dolor es una experiencia ineludible en cualquier momento de la vida (y no exclusivamente en la vejez) son conclusiones aceptables desde el modelo biopsicosocial que interpelan representaciones sociales que son la base de la discriminación y exclusión de los adultos mayores.

Dentro del modelo de bienestar psicológico propuesto por Ryff que orienta la presente investigación, las relaciones positivas se constituyen en una de las 6 dimensiones que explican el funcionamiento positivo del ser humano ya que este tipo de relaciones influyen en

el autoestima, el afrontamiento del estrés y la autoeficacia. Estas relaciones han sido probadas empíricamente. (Vivaldi y Barra, 2012) comprobaron en una investigación con 250 personas, adultos mayores de la ciudad de Concepción en Chile, que el bienestar psicológico se asocia más con el apoyo social percibido que con la percepción de salud, para los autores esto se debe a que la posibilidad para los adultos mayores de saberse cuidados y valorados, les permite participar con mayor confianza en la familia y en la sociedad, sentirse productivos y tener un sentido de vida.

Para las personas mayores la principal fuente de apoyo social son la familia y los amigos. En tenerife, España, (Castellano, 2014) estudió en una muestra de 117 adultos mayores la relación entre apoyo social y estado emocional; sus hallazgos indican que las hijas y la pareja son la principal fuente de apoyo social en la vejez, después de los 75 años la pareja pierde fuerza en el rol de apoyo y son las hijas quienes asumen principalmente esta función, así mismo concluyen que el apoyo social recibido por los adultos mayores por parte de su familia les permite afrontar con mayor éxito eventos vitales estresantes, y que a “mayor apoyo social percibido menos problemas emocionales padece la persona mayor”.

La familia normofuncional promueve la actividad de las personas mayores y las hacen sentirse útiles e importantes; esto fortalece el autoestima y la confianza del adulto mayor en sus propias capacidades, y a su vez le motiva para vincularse en actividades o iniciativas en las que asuman roles de relevancia social. A propósito, son muchas las investigaciones que comprueban la relación entre envejecimiento activo a través del voluntariado y bienestar psicológico (Ferrada y Zavada, 2014, p.2) explican que: *“el desempeño de roles activos durante el proceso de envejecimiento resulta crucial para la percepción que tiene la persona de sí misma y para su adaptación social. Las personas, a medida que envejecen, deben reemplazar aquellos roles y actividades que formaban parte de su vida adulta, por otros nuevos, de manera que puedan mantener estilos de vida activos”*, la teoría del rol (Stets y

Burke, 2000) sostiene que sólo en la medida que se mantiene un rol social estable a lo largo de la vida es posible preservar un sentido de identidad, posiblemente esta relación entre rol y coherencia de la identidad personal puede aportar en la comprensión de la relación entre bienestar psicológico y actividad en la adultez mayor.

(Dávila y Díaz.Morales, 2009) afirman que las labores de voluntariado son una fuente de apoyo social para los adultos mayores que les permite gestionar de manera eficaz situaciones de crisis o estrés; sin embargo el contexto más general donde se desenvuelven estas personas y los estereotipos sobre la vejez que se privilegian en la familia y la sociedad en general, parecen influir en la decisión de asumir estas labores de voluntariado. En este sentido el apoyo social es clave para que el adulto mayor mantenga una participación activa. La familia como principal fuente de apoyo social es un sistema que valida. o invalida, el envejecimiento como etapa productiva y generativa. Si la familia tiene un buen funcionamiento

2.2. Cohesión y adaptabilidad familiar en el adulto mayor

El funcionamiento familiar inadecuado se ha reportado como factor de riesgo en diversos fenómenos sociales, desde ideación suicida hasta embarazo adolescente. El funcionamiento familiar se puede definir a partir de (Ortiz, 2008) como: “la relación entre los elementos estructurales de la familia, con algunos componentes más “intangibles” que caracterizan a todos los sistemas, mediatizado por la comunicación”. Así en el funcionamiento familiar los elementos centrales son “relación” y “comunicación”, ya que ambos son necesarios para determinar la función protectora y reguladora de la vida familiar.

Por su parte la familia se considera como el núcleo estructurante de la sociedad. Para (Mamaris, 2012) la familia es: *“la matriz del desarrollo psicosocial, fuente del primer sentimiento de pertenencia, fuente de las primeras experiencias emocionales, escenario*

donde se juegan los primeros roles y donde se tienen las primeras experiencias de las normas y las sanciones sociales”. Es una definición que contrasta con definiciones clásicas como las aportadas por el antropólogo Levi-Strauss (2002) , para quien la familia es un núcleo estructurado alrededor del matrimonio, compuesta por madre, padre e hijos y unida por vínculos legales, religiosos y económicos, una definición que deja por fuera la complejidad de un orden estructurante de la subjetividad del ser humano. Y es que la familia se sigue considerando como el núcleo societal. Muchos de los problemas contemporáneos se asocian con un detrimento en este núcleo; y efectivamente, al ser la familia el entorno primario de socialización de los sujetos, lo que se aprende y experimenta allí se convierte en impronta indeleble que moldea la existencia.

Pero la familia no es un ente aislado que opere por fuera del marco social, al contrario, las familias son sistemas abiertos en continua interrelación y transformación, algunos autores como (Minuchín y Nichols, 1994) consideran a las familias como membranas, es decir, sistemas que permiten el intercambio entre el interior y el exterior; una perspectiva sistémica que ayuda a comprender el impacto que tiene el funcionamiento familiar en la sociedad y como ésta es al mismo tiempo un factor de reproducción del orden social (Burin, Meler & Ramírez Rodríguez, 1998; Bourdieu, 1997).

Existen temas sensibles de abordar, y existe el tema de la familia. ¿En qué dimensión situarla? ¿Es de la dimensión privada? ¿Es un asunto público? ¿Se puede hablar de las familias como nidos de amor sacralizados? ¿Existe un modelo de familia único, sano y homogéneo? ¿Es verdad que los seres humanos están atados a lo que hagan de ellos sus familias?. Para responder interrogantes de esta índole es preciso partir por la propia definición de lo que es la familia, asumiendo la carga valorativa y afectiva que ésta representa. Se puede considerar que la familia es un sistema dinámico, flexible y cambiante; no es una estructura social natural (tal como se representa actualmente) y responde a factores

exógenos que la condicionan y modifican (Deusa y Peruga, 1998; Astutti, 2004; Guerra, 2009)

En 1994 la Organización de Naciones Unidas celebró el año Internacional de la familia, que tuvo por objetivo sensibilizar a los gobiernos y al sector privado sobre las cuestiones que atañen a las familias; luchar contra la pobreza y la exclusión social de las familias, equilibrar las demandas entre trabajo y familia y finalmente promover la integración social intergeneracional en el seno de las familias. Esta estrategia permitió reconocer que a pesar de los múltiples esfuerzos, la exclusión social es una realidad, y la pobreza incentiva prácticas al interior de las familias que resultan contrarias al desarrollo de sus integrantes, como limitar la ingesta de alimentos en cantidad y calidad suficientes, deserción escolar, trabajo infantil y maltrato (Bernal, 2004).

La familia es una institución social que se ha mantenido a través del tiempo, pero no de manera inmutable, al contrario, se transforma a partir de factores culturales y socioeconómicos. Por ejemplo, de acuerdo con Magdalena León (1995): *“La familia nuclear, como un tipo particular, se proyectó en la teoría como la única que se adaptaba o ajustaba a las instituciones económicas con las que está relacionada la sociedad moderna”*. Esta misma autora, citando a Parsons indica que las razones del surgimiento de esta familia como núcleo aislado del resto de parientes y con pocos hijos, es la necesidad de la sociedad industrial de tener obreros con capacidad de movilidad geográfica, o sea que el movimiento hacia la familia nuclear es una construcción más bien reciente que responde a las necesidades de un orden sociopolítico determinado.

La familia, como se entiende actualmente en plena época post-industrial y post-moderna, supone un modelo centrado en un tipo de familia denominado ‘nuclear’ que acarrea la imbricación en dicho núcleo social y de parentesco a la agrupación exclusivamente de un padre, madre e hijo(s). Esta concepción de la familia, presenta problemas estructurales en su

composición y definición si extendemos su análisis a otras realidades socio-culturales ya que este contexto, permea y en gran medida constituye la conformación de la familia de acuerdo a sus prácticas, creencias, reglas y mandatos sociales. Una cuestión que tensiona el modelo de familia nuclear es precisamente la presencia de adultos mayores y las jerarquías que se instauran en función de la edad, el género y la posición laboral u ocupacional de los miembros.

Diversas variables que involucran elementos de economía como abundancia o escasez de recursos e incluso factores religiosos han influido en el devenir histórico de las familias. Las familias extensas fueron el modelo central de las sociedades agrícolas así como las familias conyugales lo fueron en las sociedades industriales, las creencias religiosas y los arreglos políticos fueron motivos decisivos para el establecimiento de la monogamia o la poligamia, el matriarcado o el patriarcado, entre otras acepciones familiares.

Para (Engels y Morgan, 1978) la historia de la humanidad se divide en tres etapas: salvaje, bárbara y civilizada, correspondiendo a cada una un tipo de familia: promiscuidad, matrimonio de grupo-poligamia y monogamia. Para Rousseau "la más antigua de todas las sociedades y la única natural es la familia" (Gómez y Guardiola, 2014). Por otro lado, la postura materialista de la historia desarrollada por Karl Marx y Federico Engels en lo que compete a la segunda mitad del siglo XIX, centra su énfasis y análisis en la influencia de la sociedad y de las formas de producción material en la composición y estructura de la familia. Para el marxismo el tema de la familia es central en la economía política, en un fragmento del clásico texto "el origen de la familia, la propiedad privada y el Estado" Engels afirma que *"De acuerdo con la concepción materialista, el factor determinante de la historia es, en último término, la producción y la reproducción de la vida inmediata. Ésta es, a su vez, de dos tipos: por un lado, la producción de los medios de subsistencia, del alimento, la vestimenta, la vivienda y los utensilios necesarios para dicha producción; y por otro, la*

producción misma de los seres humanos, la reproducción de la especie". Por mucho tiempo las epistemologías feministas (Butler, 2000) han denunciado la estructura familiar como un orden de dominación del hombre sobre la mujer que se reproduce a través de la socialización por diferentes mecanismos entre los que se incluyen la división sexual del trabajo, el trabajo doméstico no remunerado y la maternidad como mandato para las mujeres. Estos aportes constituyen otro punto de análisis interesante acerca de la experiencia vital de las adultas mayores al interior de las familias.

Siguiendo con el recorrido, a finales del siglo XIX encontramos la perspectiva funcionalista de Emile Durkheim, quien afirmaba que *"la familia no es el agrupamiento natural constituido por los padres: es, al contrario, una institución social producida por unas causas sociales"*. Para Durkheim la familia es el lugar donde se aprenden y reproducen los dos elementos centrales de la civilización; la prohibición del incesto y la prohibición de matar.

Las transformaciones sociales e históricas, marcan el inicio de nuevas concepciones acerca de la familia. Las nuevas formas culturales dominadas por los criterios de eficacia hacen que la influencia de la tradición va disminuyendo, la autoridad se encuentra apoyada en los criterios de racionalidad; ahora se considera al individuo por sus capacidades y ya no por su origen y posición en la familia. Todo ello con unas implicaciones propias para el adulto mayor. Las funciones económica, política, religiosa, cultural, recreativa, etcétera, que eran desempeñadas por los mismos miembros, al romperse los lazos que estructuraban a la familia patriarcal se pierden también, es decir, es la capacidad de desarrollo personal del sujeto al interior de su núcleo familiar y sus convicciones sociales lo que le permitirán un mayor ascenso en la escala social.

No podemos afirmar que estas transformaciones responden a una "crisis de la familia" o "descomposición familiar". Lo que sí se puede afirmar es que la familia sigue siendo el lugar

de referencia donde las personas aprenden su lugar en el mundo, estructuran su identidad, sientan las bases de su relación consigo mismos y con el mundo, aprenden su historia y construyen el futuro.

Para la Organización Mundial de la Salud, la familia es: *“la institución social fundamental que une a las personas vinculadas por nacimiento o por elección en un hogar y una unidad doméstica; entorno donde se establecen por primera vez el comportamiento y las decisiones en materia de salud”*, es una decisión abarcativa de contextos sociales y culturales diversos, amplia, en el sentido que incluye en su definición formas no normativas de familia, y con énfasis en el fenómeno de la salud. Hernández (1998) en su texto “familia, ciclo vital y psicoterapia sistémica breve” expone una definición de familia que es multidimensional y multidireccional, en clave de la perspectiva del ciclo vital, para este autor la familia: *“por sí sola es un contexto muy complicado e integrador, en la que interactúan diversos sistemas biológicos, psicosociales y ecológicos en la que se ejecutan los procesos fundamentales del desarrollo humano”*.

Clasificación de la familia.

Existen diversos criterios de clasificación de la familia; de acuerdo al número de sus miembros, de acuerdo a la extensión de las generaciones que la conforman, de acuerdo a su estructura.

De acuerdo al número de sus miembros:

Familia pequeña: 1 a 3 miembros

Familia mediana: 4 y 5 miembros

Familia grande: más de 6 miembros

De acuerdo a la extensión de las generaciones que la conforman

Familia bigeneracional

Familia trigeneracional

De acuerdo a su estructura

Hace referencia a cualquier tipo de familia que no cumple los límites de las dos anteriores; aquí se pueden incluir familias que incluyen miembros no consanguíneos, familias homoparentales, familias reconstituidas, etc.

Las etapas por las que atraviesa el sistema familiar son: I Formación de la pareja; II La pareja con hijos pequeños; III La familia con hijos en edad escolar o adolescente IV La familia con hijos adultos, V Familia con hijos en proceso de emancipación, VI Familia con el nido vacío. Cada etapa con unas características, demandas, fortalezas y necesidades propias.

La familia es un microsistema abierto, dinámico y flexible que responde a las relaciones con el mesosistema y el exosistema. A pesar de los múltiples cambios que ha presentado a lo largo de la historia sigue siendo el primer nicho de socialización y lugar donde se aprende el concepto de sí mismo y del mundo.

La familia es como espada de doble filo, si funciona bien, es una fuente importante de salud mental y de bienestar, en cambio si funciona mal acarrea múltiples efectos adversos que pueden generar distorsión, inadecuación, malestar y sufrimiento. Es un tema que rebasa el ámbito privado y tiene implicaciones sociales diversas; por esta razón el tema de la familia cuenta con un amplio marco normativo que la ampara. La Declaración Universal de Derechos Humanos declara en su artículo 25 que *“Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado para sí y su familia que se asegure la salud, el bienestar y particularmente la alimentación.”*¹ El Pacto de los Derechos Civiles y Políticos en su artículo 23 consagra que *“La familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado”* ; La Convención Americana de Derechos Humanos

¹ (2009). Declaración Universal de Derechos Humanos. Retrieved May 28, 2016, from <http://www.un.org/es/documents/udhr/>.

en el artículo 17 expresa que *“La familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y debe ser protegida por el Estado. Los hombres y las mujeres tienen derecho a contraer matrimonio y fundar una familia. Libertad y pleno consentimiento para contraer matrimonio. Igualdad de derechos y equivalencia de responsabilidades entre los cónyuges e igualdad de derechos entre los hijos habidos dentro y fuera del matrimonio”* La convención para eliminar, prevenir y sancionar todas las formas de violencia contra la mujer en su artículo 8 dice que es *“Obligación del Estado de prestar servicios de orientación a toda la familia”*. Colombia cuenta desde el 2012 con una política pública nacional para las familias. Comprender el funcionamiento de las familias es importante para predecir el bienestar, particularmente de los grupos de riesgo social como los adultos mayores.

En 1979 (Olson, Sprenkle y Russell) publican su propuesta del modelo circumplejo del sistema familiar y marital, a partir de las dimensiones cohesión y adaptabilidad. Desde la teoría sistémica, la familia se comprende como un conjunto formado por unidades que están ligadas entre sí por reglas de comportamiento y otras funciones, y que se encuentra en constante intercambio con el exterior; que además puede ser estudiado y diagnosticado por medio de la reducción de sus dos dimensiones.

La cohesión es definida por Olson y McCubbin (1982) como *“la vinculación emocional que los miembros de la familia tienen el uno hacia el otro y el grado de autonomía individual que ellos experimentan”*. La cohesión incorpora dos elementos, proximidad y distancia. Las subcategorías de la cohesión son:

- Vinculación afectiva: Respuesta emocional que permite la unión entre los miembros de la familia a través del afecto mutuo.
- Límites familiares: Reglas que definen los roles y protege la diferenciación de los miembros de la familia.
- Tiempo: Que se refiere a los momentos que se comparte en familia.

- Amigos: Relación de aprobación que hace la familia de los amigos de cada miembro.
- Toma de decisiones: Capacidad de llegar a acuerdos y consensos tomando en cuenta a cada miembro.
- Intereses y ocio: Capacidad que tiene la familia de compatibilizar intereses, gustos y preferencias, y compartir tiempo libre juntos.

El modelo circumplejo propone 4 tipos de cohesión familiar, Olson plantea que estos se organizan en niveles, los niveles ubicados en los polos suponen un funcionamiento familiar complejo, mientras que los niveles ubicados en el centro del modelo se corresponde con mayor facilidad en el funcionamiento de la familia. Los 4 tipos de cohesión familiar son:

- **Familia no relacionada o dispersa:** Caracterizada por vínculos afectivos débiles, límites rígidos, poca unión familiar, desvinculación física y emocional; la toma de decisiones es individual y no se comparten amigos familiares.
- **Familia semirelacionada o separada:** Independencia moderada entre los miembros de la familia, límites y roles claros entre los miembros, la toma de decisiones es individual y los amigos se comparten.
- **Familia relacionada o conectada:** Los vínculos afectivos son fuertes, pero los miembros mantienen límites generacionales claros, se comparte tiempo y actividades juntos y hay alta interacción entre los amigos familiares y los individuales.
- **Familia aglutinada:** Es una familia en la que no existen roles y límites generacionales claros, hay sobreidentificación que impide el desarrollo de los miembros, todas las decisiones se toman en familia y los amigos deben ser compartidos.

La adaptabilidad por su parte, se entiende como la capacidad que tiene el sistema familiar de incorporar los cambios necesarios a fin de preservarse y responder al stress. Olson y

McCubbin (1982) la definen como “la capacidad del sistema familiar para cambiar su estructura de poder, sus reglas y roles de relación en respuesta a las situaciones y al desarrollo del stress”. Las subcategorías de la adaptabilidad dentro del modelo son el poder en la familia, el estilo de negociación, las relaciones de los roles y las reglas de las relaciones (Ferreira, citado en Mamaris, 2012). El cruce de las dos variables da como resultado las 16 tipologías de familia propuestas por Olson.

Comunicación Familiar: Dentro del modelo la comunicación es una categoría importante. De acuerdo con Lorente, y Martínez (2003) para el modelo circular del funcionamiento familiar la comunicación “es considerada como un elemento modificable, en función de la posición de los matrimonios y familias a lo largo de las otras dos dimensiones”, por ello no se toma en cuenta en el cruce que da como resultado a las tipologías familiares

Tipos de familia de acuerdo a la variable adaptabilidad:

1: **Caótica:** Ausencia de límites y roles no definidos. Estas familias no comparten tiempo entre sí, y cada integrante es un subsistema desconectado.

2: **Flexible:** Familia con características democráticas, donde existe respeto por los límites y roles de cada miembro; los mismos son tomados en cuenta para la toma decisiones, y el liderazgo se comparte.

3: **Estructurada:** Estas familias a veces comparten el liderazgo, suelen tomar en cuenta a los miembros, a quienes se les permite sugerir cambios.

4: **Rígida:** Familia con límites estrictos e inmodificables. El liderazgo recae en un solo miembro y es de tipo autoritario. Los miembros no son considerados al momento de tomar decisiones.

Los tipos de familia de acuerdo a la variable cohesión son: desligada, separada, unida y enredada. Se diferencian entre sí por el grado de rigidez en los límites y roles. Mientras que en la desligada los miembros del sistema comparten poco tiempo juntos y los límites son rígidos, en la familia enredada es difícil identificar el rol de cada miembro.

Al inicio de este apartado se mencionaba que la familia opera como factor protector o factor de riesgo ante diferentes problemas sociales complejos. Esto fue comprobado por (Muñoz, Pinto, Callata, Napa y Perales, 2006) cuando estudiaron la asociación entre consumo de sustancias y cohesión familiar. También por (Zdanowicz, Pascal & Reynaert, 2004) cuando comprobaron que los adolescentes con diagnósticos psiquiátricos tenían peor funcionamiento familiar que el grupo de control.

El apoyo y funcionamiento familiar también parecen jugar un papel importante en la experimentación de sensaciones de abandono en los adultos mayores institucionalizados. El 89% de los adultos mayores ingresados en un asilo geriátrico de una ciudad de Perú evidenciaron relaciones familiares disarmónicas (Moya, 2015). También el aislamiento, la inactividad y la desconexión familiar se señalan como predictores de intento suicida en los adultos mayores institucionalizados (Santana, Enríquez, Rodríguez & Díaz, 2015). Además se reporta evidencia que relaciona la depresión en los adultos mayores con disfunción familiar (Flores, Huerta, Herrera, Alonso & Calleja, 2011; Bojorquez, Villalobos, Manrique, Tellez & Salinas, 2009; Martínez, Martínez, Esquivel & Velasco, 2007).

Para (Pérez, Delgado, Naranjo, Álvarez & Díaz, 2012) los problemas en el funcionamiento familiar en la adultez tardía se relacionan con peor pronóstico de las enfermedades crónicas, y son un predictores de enfermedad mental. En síntesis, parece que el bienestar de los adultos mayores está relacionado con el funcionamiento familiar.

2.3. La adultez tardía: ciclo vital y desarrollo humano

2.3.1 Adultez tardía como concepto.

La vejez es un concepto susceptible de interpretaciones que depende de los marcos cognitivos, imaginarios y representaciones sociales que de ella se tengan. Su origen etimológico se remonta al griego “etos” que significa “añejo”. Aunque ha sido un tema de interés para la filosofía y la literatura, su estudio científico inicia en el S XX. Las diferentes concepciones que se han manejado a través de la historia sobre la vejez influyen en la carga valorativa que la sociedad tiene de esta etapa de la vida, en la que se instaura una dualidad entre respeto y desprecio, o temor.

A propósito del desarrollo histórico de los estudios sobre la vejez, (Vélez, 2008) propone que la geriatría, la gerontología y la psicogerontología son disciplinas que se corresponden con etapas de su desarrollo histórico; en el renacimiento surgió la geriatría como una forma de atender el tema de la vejez desde una perspectiva del declive biológico; la gerontología por su parte se interesó por describir los mecanismos del envejecimiento. En (1929) Rybnikov expresó del siguiente modo el propósito de la gerontología:

“la investigación del comportamiento en la edad proveya ha de convertirse en una rama de especialización dentro de las ciencias del comportamiento. La finalidad de esta ciencia es la investigación de las causas y condiciones del envejecimiento, así como el estudio y descripción cuidadosa de los cambios del comportamiento regularmente progresivos y que se hallan relacionados con la edad”.

Este impulso por el estudio científico de la vejez originó el surgimiento de la psicogerontología, etapa en la que se avanza a una concepción interdisciplinaria que supera la perspectiva del deterioro biológico y comprende la vejez como una etapa de cambios desde el

modelo biopsicosocial, es decir, la vejez también es un proceso social, dinámico y subjetivo; aunque conceptualmente se sigue asociando con deterioro. Por ejemplo la enciclopedia británica la define en términos de cambios que conducen a vulnerabilidad, pérdida de vigor y muerte; también en el Oxford English Dictionary la vejez es definida como modificaciones que suponen disminución en la capacidad de adaptación; estos conceptos responden a una tradición de pensamiento que asocian la vejez con lo defectuoso; un modelo deficitario de la vejez.

A contracorriente las teorías psicológicas y sociológicas proponen la vejez como etapa de posibilidades de mejorar las estrategias adaptativas por cuenta de la inteligencia cristalizada y la resignificación identitaria (Yuni y Urbano, 201; Monchietti, Lombardo & Krzemien, 2006; García, 2001).

De acuerdo con la OMS la vejez es un proceso biológico normal que implica cambios que pueden ser positivos, negativos o neutros. Estos cambios no son sinónimo de enfermedad, dependencia o debilidad. El estudio longitudinal de Seattle lo comprobó (Schaie, Willis & Caskie, 2004) . Allí se estudiaron los estilos cognitivos, rasgos de personalidad, estilos de vida y entorno familiar de una muestra de hombres y mujeres adultas para conocer la evolución y las relaciones entre las variables; las conclusiones indican que no existe un patrón uniforme de cambios relacionados con la edad en ninguna de las habilidades intelectuales estudiadas. Si bien las habilidades fluidas como la velocidad perceptual empieza a declinar alrededor de los 70 años (Cabrera y Osorno, 2013; Aguirre-Acevedo, Henao, Tirado, Muñoz, Arango, Restrepo & Barragán, 2014 , otras habilidades se mantienen funcionales hasta después de los 84 años; los cambios más que obedecer a factores “naturales” por el paso del tiempo, parecen estar relacionadas con factores psicosociales, entre ellos el estrato socioeconómico, la dieta, el nivel educativo, la estimulación cognitiva, las relaciones de pareja y el estilo de vida (Singh-Manoux, Kivimaki, Glymour, Elbaz, Berr,

Ebmeier & Dugravot, 2012; Plassman, Williams, Burke, Holsinger & Benjamin, 2010; Dugravot, Guéguen, Kivimaki, Vahtera, Shipley, Marmot & Singh-Manoux, 2009).

La política nacional de envejecimiento y vejez de Colombia (Betancourt, Rodríguez, Vogel, Soler, Pérez, Montoya & Suárez, 2007) ofrece también un concepto de vejez que da cuenta, al igual que la definición de la OMS de los cambios que experimenta el ser humano con el paso del tiempo: *“El envejecimiento es el conjunto de transformaciones y/o cambios que aparecen en el individuo a lo largo de la vida: es la consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos. Los cambios son bioquímicos, fisiológicos, morfológicos, sociales, psicológicos y funcionales”* y continúa: *“El envejecimiento individual está determinado por las condiciones sociales, económicas, ambientales, nutricionales y culturales en las que viven los seres humanos”*.

Existe suficiente evidencia que relaciona el ingreso de los países con la expectativa y calidad de vida; en los países de ingresos altos la expectativa de vida es superior a la de los países de ingresos bajos (Agar-Corbinos, 2001; Madrigal, 2010; Cardona, 2010; Barrientos y Unido, 2007, José, G. 2018, Rubio, L. 2019). Es claro que la vejez no está determinada exclusivamente por variables genéticas o por las decisiones personales; el lugar donde se nace, el tipo de relaciones familiares que se establecen, el clima social y político imperante, las representaciones sociales sobre la vejez que predominan en la sociedad; influyen en el proceso de envejecimiento y en la vejez, de tal manera que la edad cronológica, la edad fisiológica y la edad social no tienen una relación de correspondencia en todos los casos. Así, una persona de 50 años en Colombia que ha estado la mayor parte de su vida en situación de calle, puede considerarse adulto mayor, aunque las teorías del desarrollo propongan la edad de 65 años como el inicio de esta etapa.

En los modelos más clásicos de la psicología, por ejemplo en la teoría del desarrollo psicosexual de Freud o en la teoría del desarrollo cognitivo de Piaget, no se proponen etapas

propiamente dichas para la adultez tardía, los avances de la psicogerontología, que se define como una rama de la psicología evolutiva que estudia las últimas etapas del ciclo vital (Munnichs, 1966) y el paradigma biopsicosocial han permitido una mayor comprensión y sistematización de lo que ocurre con las distintas dimensiones del desarrollo humano en la vejez.

2.3.2 La vejez como etapa del ciclo vital.

El ciclo vital nace como una propuesta teórica que pretende problematizar dentro de la psicología el tema del desarrollo humano. 4 son los principios que caracterizan la perspectiva del ciclo vital (Santrock, 2006; Díaz, 2006; Fernández-Ballesteros, 2004; Gifre, Monreal y Esteban, 2011, Cortese, R 2018) :

- 1: El ser humano cambia en todas las etapas de la vida, estos cambios son duraderos y ocurren en las distintas dimensiones del sujeto (Ackerman, 1996; Aldwin, Sutton, Chiara & Spiro, 1996)
- 2: A pesar del carácter dinámico del desarrollo dinámico, los cambios que se experimentan son constantes y construyen un principio continuo del sí mismo, es decir, estructuran la identidad.
- 3: Los cambios no ocurren de la misma manera en todas las personas. La experiencia, el contexto, y aún las diferencias individuales, influyen en la variabilidad, percepción e interpretación de los cambios.
- 4: Toda psicología del desarrollo aspira a la maximización de las ganancias y la minimización de las pérdidas en términos evolutivos, así como a una redefinición de lo que es pérdida y ganancia en sí mismo, a esto se le conoce como desarrollo exitoso, e implica que cualquier cambio ontogenético requiere una pérdida, pero al mismo tiempo plantea que ninguna pérdida ocurre sin ganancia.

Centrada desde sus inicios en el estudio de los cambios biológicos, cognitivos y afectivos de las primeras etapas de la vida, la psicología del desarrollo evidenció vacíos para explicar lo que ocurre en etapas más tardías. En (1998) Baltes, Lindenberger y Staudinger, formularon su teoría del desarrollo del ciclo vital en la que proponen 5 niveles de análisis para entender el desarrollo humano:

1: Nivel biológico- cultural- Desarrollo biocultural: Los beneficios de selección evolutiva disminuyen con la edad, esta es una conclusión que se deriva de una perspectiva evolutiva de la naturaleza relacionada con la predisposición del genoma y sus cambios relacionados con la edad. Otro aspecto de la biología del envejecimiento se centra en la comprensión de los procesos que determinan una acumulación de daños y fallas a nivel celular y de tejidos. Sin embargo, la misma perspectiva evolutiva propone que para el desarrollo de la cultura fueron necesarias una serie de adaptaciones que significaron que el ser humano viviera por un tiempo más prolongado; esto es lo que parece explicar el aumento en la expectativa de vida ligada a factores culturales (entendiendo la cultura como toda la creación humana), y no a un cambio en el genoma o en la filogenia.

2: Crecimiento v/s adaptación a la pérdida: El segundo nivel de análisis tiene que ver con los recursos adaptativos que se despliegan en cada etapa de la vida. Así, mientras que en la niñez y adultez temprana el objetivo es crecer, y hacia allí se dirigen todos los esfuerzos; en la adultez tardía los recursos personales y sociales se dirigen a gestionar las pérdidas, los teóricos del ciclo de vida le llaman a esto una optimización selectiva con compensación; es decir, los adultos mayores no renuncian a crecer, solo que en esta etapa el crecimiento se hace a partir de la compensación de funcionalidades que van disminuyendo. La compensación depende de los recursos sociales y culturales con los que cuenta el adulto mayor.

3: Vida útil: El tercer nivel se centra en uno de los más importantes aportes de la perspectiva del ciclo de vida, que es el desafío a la noción misma de desarrollo; en el sentido de

cuestionar su carácter unidireccional que terminaría con un estado final, y en cambio proponer la multidireccionalidad e introducir la perspectiva funcionalista, en la que el ser humano es capaz de una adaptación selectiva que le permite transformarse, reorganizarse y reestructurarse para mantener una vida plena.

4: Vida útil: Optimización selectiva con compensación: En el cuarto nivel se plantea directamente que la compensación es un resultado que involucra respuestas ante la pérdida, que requiere la selección de medios para alcanzar resultados en términos adaptativos. Cuando estos procesos son conscientes y dirigidos por el propio sujeto, se producirá un mejor funcionamiento.

5: Funcionamiento intelectual a lo largo del ciclo vital: Lo primero que proponen en el quinto nivel de análisis los teóricos del ciclo de la vida, es que los resultados de las investigaciones en cada etapa deberían ser integradas para proporcionar marcos interpretativos más amplios. Si el ser humano empieza a envejecer desde que nace, entonces la vejez es también el resultado del curso de la vida en cada una de sus etapas. En cuanto al funcionamiento intelectual, se propone un modelo mecánico-pragmático del aprendizaje y la inteligencia. La mecánica de la cognición hace referencia a la arquitectura neurofisiológica de la mente, por el contrario la pragmática de la cognición está asociada con los cuerpos de conocimientos disponibles y mediados a través de la cultura.

¿Qué pasa con el ser humano en la vejez? ¿Existe un declive biológico y funcional natural en esta etapa? La manera en que la psicogerontología se ha enfrentado a este tipo de interrogantes es a través de la perspectiva del ciclo vital, es decir, del estudio de lo que pasa con el ser humano desde la gestación hasta la muerte. En palabras de (Ruiz y Valdivieso, 2002) la perspectiva del ciclo vital es un marco de referencia que sirve para comprender los cambios que se presentan en la vida de manera continua, y que está más allá de los límites etarios exclusivamente; por eso, esta perspectiva recurre a los estudios longitudinales como

herramienta metodológica que privilegia la observación de determinadas variables en los mismos sujetos a lo largo del tiempo. Aunque no surgió como perspectiva para los estudios sobre la vejez y el envejecimiento, el ciclo vital aportó elementos claves para la comprensión de los cambios en este periodo.

Como parte del ciclo vital la vejez se considera un proceso diferencial y progresivo en el sentido que los seres vivos envejecen desde que nacen, sin embargo, la vejez como resultado ha mostrado ser variable; vejez y envejecimiento son conceptos que están más allá de las consideraciones del modelo biomédico y tienen una poderosa carga cultural, que de alguna manera parece influir en el propio acto de envejecer (Murillo, Correa y Aguirre, 2006; Gastrón, 2003; Monchietti y Sánchez, 2008). Así mismo se considera también un proceso multidimensional y multidireccional, es decir, a lo largo de la vida de un mismo ser humano se conjugan diversas condiciones en momentos disímiles que van construyendo la vida misma (Thomae, 1970). Una de estas condiciones que parece influir en el desarrollo a lo largo del ciclo vital es el funcionamiento familiar (Zavala, Vidal, Castro, Quiroga & Klassen, 2006; Cervera, Hernández, Pereira, & Sardiñas, 2008; Tur, 2013).

Una de las teorías del desarrollo más importantes y que incorpora la perspectiva del ciclo vital, es la teoría psicosocial de Erik Erickson (Erickson, 1998). Erickson, un psicoanalista discípulo de Sigmund Freud, centró su atención en la manera en que el ser humano estructura su identidad; su propuesta parte de una concepción del ser humano menos preso de sus instintos, más dinámico, y con capacidad de adaptación a lo largo de la vida. El aspecto social de esta teoría revela que es en la interacción con otros como el sujeto avanza hacia la consolidación de su identidad.

El modelo se sustenta en etapas, cada etapa supone una crisis del desarrollo que plantea tareas entre necesidades y demandas sociales, la resolución de cada etapa puede ser exitosa o maladaptativa; sin embargo no existen “fijaciones” a diferencia de la teoría freudiana, y es

posible que una maladaptación pueda ser resuelta en etapas posteriores. A continuación se presentan las etapas del modelo psicosocial:

Tabla 1. Modelo Psicosocial de Erik Erickson

	MODELO PSICOSOCIAL DE ERIK ERICKSON					
	Etap a	Esta dio	Relaci ones signifi cativa s	Virtud es	Mala dapt ación	Tarea de la etapa
C I C L O V I T A L	Lactancia 0/1 1/2	Confianza básica vs desconfianza básica	Madre	Esperanza/fe	Suspiciencia, distorción sensorial	Aprender que el mundo es un lugar seguro. La esperanza en que siempre hallará soluciones, sabe que otros estarán para ayudarlo cuando lo necesite. Los casos donde el niño no obtiene confianza en el mundo que le rodea porque los padres no responden con amor a sus demandas, o no hay familiaridad, se desata una desconfianza básica, es decir, el niño aprende que los problemas no se resuelven, y que se halla solo, desprotegido.
	Infancia 1 ½ /3	Autonomía vs vergüenza y duda	Padres	Voluntad/ determinación, autocontrol, autoestima	Compulsión/ impulsividad	Aprender a explorar y conocer el mundo, a operar en él. Los padres permiten que el niño haga cosas por sí mismo sin exigirle más allá de sus posibilidades. El niño recibe elogios cuando alcanza logros y fortalece su autoestima. La autonomía brinda la posibilidad al niño de desarrollar determinación para lograr lo que se propone.
	Niñez 3/6 años	Iniciativa vs culpa	Familia	Propositividad, coraje, disfrute por los logros	Inhibición/ crueldad	Sentar las bases del razonamiento moral. Aprende que hay actos positivos y actos negativos, y que cada uno genera consecuencias. Pero estas consecuencias no pueden ser desproporcionadas, así se evita la inhibición del comportamiento; pero tampoco se puede evitar la sanción de actos negativos pues se daría espacio a la crueldad.
	Etapa escolar 6/11 años	Industria vs inferioridad	Vecindario y escuela	Sentimientos de competencia,	Virtud solidaridad	Aprender a hacer cosas, a hacerlas bien y a persistir en las tareas. La inferioridad surge cuando las acciones son desprestigiadas, cuando no hay reconocimiento a la labor, o cuando se imponen tareas por encima de las

		oridad		autoestima	ional/inercia	capacidades del niño, generando con ello que el niño ante experiencias repetidas de fracaso, desista y asuma un estado de inercia.
	Adolescencia 11/20 años	Identidad vs confusión de roles	Grupo de pares, modelos de rol	Fidelidad, lealtad	Inseguridad, fastidio, repudio	Comprender el rol y el lugar que se ocupa en la sociedad. Desarrollar congruencia entre lo que se siente y lo que se hace, mantener una continuidad coherente del sí mismo.
	Adultez joven 20/40 años	Intimidad vs aislamiento	Colegas, amigos	Amor	Promiscuidad, evasión del compromiso	Aprender a tener relaciones afectivas estables sin experimentar miedo.
	Adultez media 40/60 años	Generatividad vs autoabsorción	Hogar, compañeros de trabajo	Cuidado de los otros, de las futuras generaciones	Rechazo de los otros, autoindulgencia	Aprender a cuidar de otros sin dejar de cuidar de sí mismo y ser productivo
	Adultez tardía 60 años en adelante	Integridad del yo vs desesperación	Todos los otros significativos	Sabiduría	Desesperanza, rechazo, desdeño	Aprender a encontrar un sentido para la propia vida. Descubrir la forma de mantenerse socialmente integrado a través del anudamiento vincular con las generaciones precedentes, sostener una narrativa coherente sobre la propia vida, y suavizar las memorias dolorosas.

Fuente: Adaptado de Pérez (2006)

Una mirada a las etapas propuestas por Erickson, permite apreciar el carácter acumulativo de las virtudes o de las maladaptaciones. A medida que se avanza en la vida se requerirán habilidades de etapas precedentes; sin estar fijados, las personas pueden experimentar déficits que se arrastran a lo largo de la vida y que pueden impedir la plenitud.

La vejez se puede experimentar con la desesperación de la inminencia de la muerte, la falta de tiempo para desarrollar metas o anhelos; pero la sabiduría destaca como una virtud en esta etapa que permite resignificar o construir una trama alternativa que le permita ver su propia trascendencia.

2.3.3 Bienestar psicológico: Un cambio de perspectiva.

Aunque la felicidad y el bienestar son temas de larga tradición en el pensamiento occidental, existe una tendencia marcada en las ciencias sociales por escudriñar con pesimismo el origen del sufrimiento y la desdicha. Las promesas incumplidas de la ilustración cedieron el paso a una visión de desencanto de la condición humana; la psicología contribuyó como ninguna otra disciplina en la construcción del sujeto contemporáneo; por ejemplo, el sujeto psicodinámico expuesto como preso de las pulsiones a las que debe rechazar a cambio de vivir en una sociedad civilizada, reprimido y movido por conflictos inconscientes que rigen el curso de su vida. Tal visión de sujeto psicológico orientó por mucho tiempo la investigación acerca de las condiciones y formas del comportamiento patológico, de la enfermedad o el trastorno, en definitiva, de la infelicidad.

El psicoanálisis como paradigma de la psicología introdujo una sospecha antropológica que en palabras de Francesc Torralba (2013) en su ensayo titulado los maestros de la sospecha, traduce una imagen del ser humano como un ser “desgarrado, enfermo, dividido entre el principio de realidad y el de placer”. Pero esta imagen negativa y pesimista sobre el ser humano no es producto exclusivo del psicoanálisis sino que se encuentra en la base del pensamiento judeo cristiano que ve en la vida terrenal una constante de dolor y sufrimiento que solo puede ser superado por la gracia de Dios en la vida eterna (Margot, 2007).

Pero en la filosofía de la Grecia antigua, de la que también es heredera occidente, se reflexionó ampliamente sobre la felicidad, aunque no en la acepción contemporánea del término; para los griegos lo que hoy definimos como felicidad se hallaba inmerso en un

concepto mucho más amplio, la eudaimonia. En su ética a Nicómaco Aristóteles plantea que el fin universal de la vida humana es la eudamonia, que en su traducción hace referencia a un estado mental positivo o de bienestar. Sin embargo la verdadera cuestión para los griegos era definir en qué consistía la felicidad verdadera y cuál era la forma de alcanzarla.

Luego de una amplia disertación Aristóteles argumenta que la verdadera felicidad consiste en vivir en plena armonía con la virtud del entendimiento, es decir, con la virtud de la razón. Esta es una idea que recorre todo el pensamiento griego y de allí se desprende que la reflexión intelectual y la contemplación de lo verdadero, del mundo de las ideas, es el bien supremo de donde emerge la felicidad que se basta así misma.

Para Demócrito (460 a.C – 370 a.C) la felicidad es un propósito, un estado que se cultiva a través del control de las pasiones y la liberación de los miedos que conduce a la tranquilidad del espíritu que es el estado máximo de felicidad. Para Epicuro (341 a.C – 270 a.C.), otro de los clásicos griegos, la felicidad es un placer de tipo intelectual que se logra cultivando las virtudes y superando los miedos. Epicteto (50 d.C. – 138 d.C.) plantea que la vida feliz depende del propio pensamiento y de la voluntad. Voluntad para orientar la vida propia de modo virtuoso, no en un sentido moral, sino en un sentido práctico de obrar conforme a los ideales de lo bueno, lo verdadero, lo justo y lo bello (Seligman, 2017).

Es claro que para los griegos la felicidad es un estado superior al bienestar, en el sentido de bienestar asignado por la lógica utilitarista de la ilustración según la cual el hombre podía ser feliz a través del dominio de la técnica y del método científico; hipótesis que sostiene la proclama de los principios de la revolución francesa, libertad, igualdad y fraternidad y el consecuente avance de los llamados Estados de bienestar. Sin embargo la expansión de condiciones estructurales favorables para el desarrollo humano, como mejores sistemas de saneamiento, educación o salud, etc, en estos Estados, no siempre se acompaña de mayor satisfacción, bienestar o felicidad (Albán, 2005; Veenhoven, 2005).

Todas estas consideraciones impulsaron a finales de la década del 60 el desarrollo de la perspectiva de la psicología positiva, que tiene como propósito conocer cuáles son los atributos de las personas felices; aquellas que exhiben características afectivas y cognitivas positivas. Una investigación pionera es la de Bradburn (1969) que tuvo como objetivo general el desarrollo de un modelo de bienestar psicológico. Para ello se les preguntó a un grupo de encuestados si habían experimentado una serie de sentimientos agrupados de manera independiente en dimensiones de afecto positivo y negativo. La conclusión principal es que el bienestar psicológico alto se expresa en la medida que el sujeto tiene un exceso de afecto positivo sobre el afecto negativo, e inversamente el bienestar psicológico será bajo en la medida en que el afecto negativo predomine sobre el afecto positivo.

De acuerdo con (Castro, 2009) *“una persona tiene alto bienestar si tiene satisfacción con su vida, si frecuentemente su estado anímico es bueno y sólo ocasionalmente experimenta emociones poco placenteras como rabia o tristeza”*. Por su parte la satisfacción con la vida se define como un constructo de 3 componentes que son 1) afecto positivo, 2) afecto negativo y 3) razonamiento cognitivo. La persona incorpora en sus pensamientos el resultado de la evaluación de su propia vida y con ello experimenta una afectividad que será positiva o negativa.

Para Campbell (1976) el bienestar psicológico tiene tres características, la primera es que se trata de un atributo subjetivo, es decir que reside en el plano de la experiencia del sujeto y es más o menos independiente de condiciones objetivas como la riqueza o la comodidad. La segunda característica es que el bienestar psicológico incluye medidas positivas y no solo la ausencia de factores negativos, como sucede con la mayoría de las medidas de salud mental. En tercer lugar el bienestar psicológico generalmente abarca todos los aspectos de la vida de una persona. Aunque el afecto o satisfacción dentro de un cierto dominio puede ser evaluado, el énfasis es generalmente colocado en un juicio integrado de la vida de la persona.

Existen múltiples teorías acerca del bienestar psicológico, por su relación con el presente estudio presentaremos a continuación la teoría universalista, la situacional y la personológica.

2.3.4. Teoría universalista del bienestar.

Esta teoría destaca la existencia de unas necesidades básicas que son universales, innatas y esenciales para el bienestar psicológico. De acuerdo con esto el bienestar estaría determinado por la capacidad del entorno para favorecer o satisfacer dichas necesidades. Para (Ryan, Sheldon, Kasser y Deci, 1996) son tres las necesidades básicas universales (autonomía, competencia y relaciones). La autonomía se refiere a la percepción de control sobre la propia conducta, o a la capacidad de elegir y controlar la vida propia en condiciones plenas. La competencia alude a la necesidad de mostrar la propia efectividad en el contexto social y reforzar el sentido de confianza en sí mismo. Mientras que la necesidad de relación hace referencia a la conexión afectiva, sensitiva y erótica con otros. La idea central de esta teoría es que las personas que encuentran mayormente satisfechas estas necesidades tienen un bienestar psicológico más elevado, y al mismo tiempo un cuestionamiento acerca de la perspectiva del bienestar como dependiente casi que exclusivamente de la afectividad positiva, que en cambio debe tener en cuenta la autoaceptación, el sentido de la vida y los vínculos personales positivos.

2.3.5 Teoría situacional vs teoría personológica del bienestar psicológico.

En la teoría situacional el argumento central es que el bienestar es el resultado de la suma de momentos felices en la vida, de tal manera que las personas que experimentan mayores situaciones felices tienen un nivel de bienestar elevado. Para (Castro, 2011) las personas más felices experimentan mayor satisfacción en sus relaciones interpersonales y laborales; esta

posición es confirmada por (Vielma y Alonso, 2010) para quien el bienestar es el resultado de la experimentación de situaciones satisfactorias en cada etapa de la vida.

Por su parte el argumento del modelo personológico (top down) es que la satisfacción es un atributo estable de la personalidad, por lo tanto es independiente del contexto y las situaciones. Para los teóricos de esta perspectiva, las personas con una personalidad positiva experimentan mayor satisfacción en sus relaciones interpersonales. El estudio de (Tellegen, Lykken, Bouchard, Wilcox, Segal, & Rich, 1988) con gemelos y mellizos concluyó que la genética permite explicar hasta un 40% del afecto positivo, 10 años más tarde el mismo Tellegen en una revisión de su estudio confirmó que hasta un 80% del bienestar psicológico puede ser explicado por la genética.

Al respecto (Plomin, Lichtenstein, Petersen, McClearn y Nesselroade, 1990) explican que la constitución genética influye en el bienestar por la disposición que tienen las personas con determinados rasgos a comportarse de maneras específicas y a través de ello a experimentar situaciones positivas en la vida. Para (Costa y McCrae, 1980) los rasgos de personalidad más relacionados con la satisfacción son el neuroticismo y la extraversión. En el estudio de (Garaigordobil, Aliri y Fontaneda, 2009) se confirmó que un alto nivel de extraversión y bajo nivel de neuroticismo resultan variables altamente predictoras del bienestar psicológico. Además de los rasgos de personalidad, un alto nivel de autoconcepto y autoestima, así como el bienestar material también son variables predictivas del bienestar psicológico. Estos hallazgos fueron confirmados en la investigación de (Páramo, Straniero, García, Torrecilla & Gómez, 2012) nuevamente la extraversión como rasgo de personalidad se asocia positivamente con todas las dimensiones del bienestar psicológico. En la investigación de (Barra, Soto y Schmidt, 2013) con población chilena se corroboró la relación

entre el bienestar psicológico y los rasgos de personalidad, específicamente el rasgo extraversión resalta como predictor del BP.

2.3.6 El modelo de bienestar psicológico de Ryff en el adulto mayor.

Para Carol Ryff el bienestar psicológico es un constructo multidimensional, como psicóloga y directora del Instituto sobre el Envejecimiento en Wisconsin Estados Unidos, el bienestar tal como era propuesto por los modelos universalistas y personológicos adolecían de una perspectiva en clave de ciclo vital y desarrollo humano. Para esta autora el bienestar es un continuum que se construye en un proceso histórico social que da forma a la experiencia vital en cada etapa del ciclo.

Para Ryff, en la vejez el bienestar psicológico es un atributo que modula las respuestas de afrontamiento y adaptación ante las nuevas condiciones de esta etapa. Para ella el BP es: *“el esfuerzo por perfeccionar el propio potencial, de este modo tendría que ver con que la vida adquiriera un significado para uno mismo, con ciertos esfuerzos de superación y conseguir metas valiosas; la tarea central de las personas en su vida es reconocer y realizar al máximo todos sus talentos”*. Esta es una conceptualización que se aleja de la visión condicionante y estática de los modelos universalistas y de personalidad, para enfocar el papel activo del propio sujeto en la construcción, descubrimiento y disfrute del bienestar. Es una posición más cercana a la propuesta por los filósofos griegos que enfatizaban el bienestar como el producto del cultivo de las virtudes a través de la práctica de ciertos hábitos relacionados con los fines idealizados de su cultura.

El modelo multidimensional que utilizó Ryff para explicar el bienestar psicológico se divide en 6 dimensiones que serán expuestas a continuación:

1. Autoaceptación: Actitud positiva que tiene un sujeto con respecto a su propio yo. La autoaceptación es el resultado de un proceso de toma de consciencia sobre sí mismo que le permite al sujeto valorarse y confiar en las propias capacidades de manera plena.
2. Relaciones positivas con otras personas: Disposición a sostener relaciones satisfactorias con los demás, principalmente con la familia y con los amigos. Por relaciones satisfactorias se refiere el modelo a aquellas que brindan soporte cuando es necesario, son cálidas, están disponibles para dar y recibir amor y cuidado.
3. Autonomía: Capacidad de dirigir la vida y tomar las decisiones propias aún cuando estas sean opuestas a las convenciones mayoritarias. Poder de agenciar con independencia personal sobre el entorno.
4. Dominio del entorno: Capacidad para influir sobre el entorno, comprender y captar las oportunidades que ofrece el medio y actuar en consecuencia para ejercer las transformaciones necesarias para estar bien. Consciencia del poder de agencia, saberse libre y capaz de cambiar aquello que no es acorde a los propios principios y necesidades.
5. Propósito en la vida: Capacidad para construir metas y dotar de sentido la experiencia vital. Comprender que la vida es una trama con sentido entre el pasado, el presente y el futuro que se va tejiendo a partir de las metas trazadas y los objetivos cumplidos.
6. Crecimiento personal: Es la habilidad que le permite a la persona aprovechar el paso del tiempo para crecer y mejorar sus habilidades y su potencial. Comprender que la experiencia permite avanzar y tomar decisiones cada vez más sabias y operar con efectividad en el entorno.

La conceptualización de estas dimensiones confirma que el modelo de Ryff se sostiene teóricamente en los aportes de la filosofía griega en las que el bienestar se concibe como algo que está más allá de la vivencia de situaciones gratificantes o “felices”, y está más relacionada con un proceso dotado de sentido en el que se aspira a tener una experiencia de vida cercana a la tranquilidad del espíritu, de lo justo, lo bueno y lo bello, es decir a la excelencia.

Por su clara cercanía teórica con la perspectiva del ciclo vital, y específicamente con la etapa de la vejez y el proceso de envejecimiento, es el modelo teórico en el que se sustenta la presente investigación.

En el (2013) el trabajo de Oliva, Mendizabal y Ascencio estudió las relaciones entre bienestar psicológico, estado de salud percibido y calidad de vida en adultos mayores. Los hallazgos evidenciaron que quienes perciben un estado de salud muy malo tienen puntajes más altos en Autoaceptación y Propósito de vida que aquellos que lo consideran bueno o muy bueno. Los participantes que dicen realizar ejercicios durante su tiempo libre obtienen puntuaciones altas en la escala de Autoaceptación. Así mismo, quienes manifiestan realizar ejercicio regularmente obtienen puntuaciones más altas en Autoaceptación y Dominio del entorno. Finalmente, los mayores que no tienen buenas relaciones con los demás obtienen puntuaciones más bajas en todas las dimensiones de bienestar psicológico.

(Sena y Meléndez, 2006) estudiaron el bienestar psicológico en adultos mayores de República Dominicana, encontrando que en esta etapa del ciclo vital la autonomía y el dominio del entorno son las dimensiones que mayor peso predictivo tienen sobre el bienestar psicológico. Explican que esto se debe posiblemente porque el cambio de roles en la vejez y los imaginarios sociales sobre esta etapa del ciclo vital repercuten negativamente en la capacidad de agencia del adulto mayor. Sin embargo, aquellos que logran adaptarse y conservan una posición de control e influencia experimentan mayor bienestar. Esta

investigación también confirma el hecho que las personas casadas o con pareja permanente tienen mejor relaciones con los otros y mayor nivel de bienestar psicológico.

La investigación de (Urzúa, Bravo, Ogalde, y Vargas, 2011) titulada “Factores vinculados a la calidad de vida en la adultez mayor” realizada en población chilena se obtuvieron importantes hallazgos que confirman la relación entre las dimensiones del bienestar psicológico propuestas por Carol Ryff y la calidad de vida.

Inicialmente señalan las conclusiones del estudio que la capacidad de adaptación en la etapa de la adultez mayor está mediatizada por la Autoaceptación, en la medida que la confianza en las propias capacidades y habilidades le permiten al adulto mayor resolver los problemas cotidianos y sentir satisfacción en la forma en que se relaciona con los otros.

Igualmente el apoyo social destaca como una variable explicativa del bienestar psicológico y la calidad de vida; la integración social le reporta al adulto mayor satisfacción con respecto a su rol en la sociedad y le permite hacer frente a los retos y eventos estresantes de manera más efectiva. El apoyo social de acuerdo con los autores es tan importante que incluso disminuye la vulnerabilidad de los adultos mayores a enfermar, permiten que este tenga mejor percepción de salud global y una menor preocupación frente a la muerte. También influye en la construcción de propósitos vitales en la medida que sentirse respaldados por relaciones satisfactorias posibilita enfrentar los retos del ambiente con mayor confianza y sentirse capaces de plantearse metas y alcanzarlas.

Como conclusión global los autores señalan que los factores comunes de la calidad de vida en la vejez son el apoyo social y la Autoaceptación, dimensiones estas que hacen parte del bienestar psicológico.

(Miguel, Germes, Pardo, Moral, & Sena, 2009) estudiaron el bienestar psicológico en una muestra comparada de adultos mayores de España y República Dominicana. Sus resultados indican que las variables sociodemográficas tienen bajo peso predictivo sobre el bienestar

psicológico. Aún así el estudio concluye que los adultos mayores de República Dominicana presentaron un nivel más bajo de bienestar que los adultos mayores de España, también que los adultos mayores casados tienen un nivel de bienestar más elevado y un nivel de estudio más alto tiene efectos positivos en algunas dimensiones del bienestar psicológico.

Con respecto al valor explicativo de las variables sociodemográficas sobre el bienestar, los resultados no son concluyentes, mientras que autores como (Cornelis, 2010; Graham y Shier, 2010) no encontraron relación entre el nivel socioeconómico y el bienestar psicológico, otros autores como (Blanchflower & Oswald, 2004; Stutzer, 2004; Kanheman & Deaton, 2010) apoyan el vínculo entre nivel socioeconómico alto y bienestar. Así mismo ocurre con la variable sexo, mientras que algunos estudios confirman la relación entre género y bienestar (Hsee, Yang, & Shen, 2009; Barra, 2010) otras investigaciones rechazan esta asociación (Boehm, Lyubomirsky, 2009).

El modelo teórico de Ryff se muestra pertinente para la evaluación del bienestar psicológico en la adultez mayor.

3. El problema de investigación

El concepto de vejez ha sufrido profundas transformaciones a lo largo de la historia y al interior de cada cultura. A lo largo de la edad media, la vejez se consideró una etapa vital desprestigiada; las guerras, las invasiones y la caída del imperio Romano, relevaban las capacidades de los jóvenes para el combate, mientras que los ancianos eran considerados una carga social, y a menudo eran abandonados o expulsados de las familias, en cambio los ancianos de las clases privilegiadas elegían el retiro a monasterios o instituciones dedicadas a su cuidado; este imaginario pesimista del anciano se reproduce a través del arte y la religión, donde se considera la vejez como un castigo (Martínez Ortega, Luque, Luz, & Carrasco Fernández, 2002)

La vejez como fuente de fealdad y decrepitud se extendió a la época del renacimiento, allí se retrató de manera exageradamente cruel la imagen del anciano, la iluminación perseguía un ideal de juventud eterna. El aumento demográfico de los adultos mayores, producto del incremento general de la expectativa de vida y los avances en las ciencias médicas y los dispositivos de salud, suponen un nuevo cambio en la forma de comprender la vejez, este nuevo periodo en la comprensión sobre la vejez que podríamos denominar “tecnocrático” se caracteriza por el aumento de investigaciones y las propuestas basadas en protocolos y evidencias para “intervenir” en la realidad del adulto mayor.

Las ciencias sociales han abordado en este periodo tecnocrático la cuestión del envejecimiento, particularmente la psicología ha delimitado este campo de estudio a partir de las perspectivas del ciclo vital y el desarrollo humano (Rodríguez, 2011; Papalia, 2009), en las que se entiende la vejez como una etapa, producto del proceso de vivir, en la que influyen variables biológicas, culturales, socioeconómicas y psicológicas.

Por otro lado, la proporción de personas mayores está aumentando rápidamente en todo el mundo. Según se calcula, entre 2015 y 2050 dicha proporción casi se duplicará, pasando de 12 a 22%. En números absolutos, el aumento previsto es de 900 millones a 2.000 millones de personas mayores de 60 años (Alvarado García, Maya & María, 2014; Nieto y Alonso, 2007, Solano 2019)

En el Municipio de Valledupar se cuenta con aproximadamente 38.893 adultos mayores, según proyección DANE al 30 de Junio del año 2016.

La baja generación de ingresos, enfermedades, discapacidad, hambre, sometimiento a la violencia, soledad y descuidos hacen de esta, una población vulnerable, vulnerabilidad que se entiende dentro de un contexto sociocultural y socioeconómico determinado; es decir, el adulto mayor no es una persona vulnerable por el hecho de serlo, sino por las condicionantes

que lo han afectado a lo largo de su vida, y por su contexto de existencia actual (Salgado-de Snyder, & Wong, 2007; Montes de Oca, 2003)

Las personas mayores en Colombia tienen mayor carga de morbilidad asociada a cardiopatías isquémicas, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, diabetes y diferentes tipos de neoplasias (Lezaun, 2006; Neri, 2002). Este grupo poblacional tiene además peor percepción de salud, sobre todo en las personas mayores de 75 años, se considera un grupo de riesgo para sufrir malnutrición calórica-proteica, y es el grupo poblacional con mayor tasa de analfabetismo, sobre todo entre los adultos mayores que viven en regiones periféricas y rurales, en el Cesar el porcentaje de adultos mayores alfabetizados es apenas de 55%; se encuentra además que cerca de la mitad de adultos mayores en Colombia son pobres. Las expectativas y mandatos sociales diferenciados en razón de la edad, la clase y el género, suponen fuentes de discriminación y estigmatización de las personas. Estos mandatos imponen un deber ser a la persona mayor que se manifiesta en una profunda represión de la sexualidad, aislamiento y confinamiento doméstico.

Un aspecto de creciente interés en la literatura científica es la salud mental entre los adultos mayores. En Colombia, diferentes estudios han evidenciado síntomas sugerentes de mala salud mental entre las personas mayores; estos síntomas son significativamente más elevados entre la población adulta sin estudios, mujeres adultas viudas, y hombres y mujeres mayores con bajo apoyo social (Agudelo, Posada & Meneses, 2015; Peláez, 2005; Cardona Jiménez, Villamil Gallego, Henao Villa y Quintero Echeverri, 2013, Cardona, D. 2018, Valdés, O. L. 2019) También se ha reportado que los adultos mayores son población de riesgo para el comportamiento suicida debido a la exclusión social y afectiva (Chica, Velandia y Ortiz, 2005; Matusevich, 2003).

La familia es considerada como el núcleo de la sociedad, de acuerdo con (Amarís, 2012) la familia es una realidad gestáltica, en tanto su naturaleza trasciende la suma de sus partes,

una red compleja de interacciones que tiene por objetivo ser el soporte del ser humano a lo largo de su vida y promover su bienestar y desarrollo. Muchos de los problemas sociales contemporáneos se asocian con un detrimento en este núcleo; y efectivamente, al ser la familia el entorno primario de socialización y soporte afectivo, su funcionamiento influye en la calidad de vida y respuesta psicológica frente al estrés y las vicisitudes propias de la existencia.

Pero la familia no es un ente inmutable, al contrario se adapta a las condiciones de cada época y adquiere características que le permiten adaptarse. Actualmente, en plena época post-industrial y post-moderna, el modelo dominante de familia es el nuclear, que acarrea la imbricación en dicho núcleo social y de parentesco a la agrupación exclusivamente de un padre, madre e hijos. Los adultos mayores, no son incorporados en este modelo de familia, situación que supone un reto para su integración.

La cohesión familiar en palabras de (Moos, 1976) hace referencia a “el grado en que los miembros de la familia se interesan por ella, se comprometen con ella y se ayudan mutuamente” esta cohesión puede estudiarse a partir de un espectro que va desde el apego hasta el desapego, pudiendo ubicar a las familias en algún punto dentro de estos extremos; pero la cohesión familiar se halla fuertemente vinculada al constructo de adaptabilidad familiar, que se relaciona con la capacidad de adaptación o plasticidad que tiene una familia para hacer frente a estresores internos y externos. Estas capacidades del sistema familiar han demostrado ser buenas predictoras de bienestar psicológico, este último entendido desde la teoría de Carol Ryff como el resultado de un esfuerzo por conseguir metas valiosas y un sentido para la vida ajustado a las propias motivaciones y propósitos (Díaz, Rodríguez-Carvajal, Blanco, Moreno-Jiménez, Gallardo, Valle y Dierendonck, 2006

La posibilidad de construir una sociedad capaz de integrar positivamente a todos sus miembros, estará determinada por la capacidad de atender las demandas de los grupos

poblacionales relegados, discriminados e invisibilizados, el panorama de los adultos mayores, y los riesgos en materia de salud y calidad de vida de esta población, ameritan respuestas multidisciplinarias, capaces de entender a estas personas más allá de la discapacidad o la carencia; por ello surge la siguiente pregunta problema ¿Cuál es la relación que existe entre la cohesión-adaptabilidad familiar y el bienestar psicológico en un grupo de personas mayores?

3.1 Objetivo general

Determinar la relación entre cohesión, adaptabilidad familiar y bienestar psicológico de la población de adultos mayores.

3.1.1 Objetivos específicos.

1. Precisar el tipo de cohesión familiar que predomina entre las familias de los adultos mayores.
2. Establecer el tipo de adaptabilidad que poseen las familias de los adultos mayores.
3. Describir el índice de bienestar psicológico de los adultos mayores.
4. Establecer la relación entre cohesión familiar y bienestar psicológico.
5. Determinar la relación entre adaptabilidad familiar y bienestar psicológico.

4. Hipótesis

Hipótesis nula (H0): No existe relación entre las variables cohesión y adaptabilidad familiar y el indicador de bienestar psicológico en adultos mayores.

Hipótesis alternativa (H1): Existe una relación significativa directamente proporcional entre las variables cohesión y adaptabilidad familiar, y el indicador de bienestar psicológico en adultos mayores.

Definición de variables

Tabla 2. Definición de variables

Definición de variables			
	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones y reactivos
Variable dependiente	Bienestar psicológico: Conjunto de factores sociales, psicológicos, subjetivos, que llevan al ser humano a funcionar positivamente. (Ryff, 1995)	Escala de bienestar psicológico de Ryff.	Auto-aceptación, relaciones positivas, autonomía, dominio del entorno, crecimiento personal y f) propósito en la vida. (39 ítems)
Variable independiente	Funcionamiento familiar: Es el resultado del cruce entre las dimensiones cohesión y adaptabilidad familiar. Hace referencia al proceso que le permite al sistema familiar responder exitosamente a las demandas del exterior, implementar cambios, mantenerse unida y respetar los límites y roles de cada miembro.	Test FACES III.	Cohesión: Vinculación emocional, apoyo, límites familiares, tiempo y amigos, intereses y recreación. Adaptabilidad: liderazgo, control y disciplina, y roles y reglas

Control de variables

Qué se controla	Cómo se controla	Porqué
Edad	Criterio de inclusión: personas mayores de 60 años	Desde la perspectiva del ciclo vital la adultez mayor es una etapa con características biológicas, psicológicas y sociales propias, es por ello que la OMS establece la adultez mayor a partir de los 60 años.
Personas de tercera edad institucionalizadas	Este estudio tiene por objetivo estudiar la relación entre bienestar psicológico y funcionamiento familiar solamente en adultos mayores no institucionalizados.	El objeto de estudio determina que los adultos mayores participantes vivan en entornos familiares.

5. Metodología

La investigación propuesta es de tipo cuantitativo, no experimental de diseño correlacional. Es cuantitativo porque busca la comprobación de hipótesis científicas a partir del análisis estadístico de datos numéricos. No experimental, dado que no existe manipulación de las variables, sino que se busca evaluar a los adultos mayores que formaron parte del estudio en su ambiente natural; y es **transeccional** porque considera una sola medida en el tiempo (Hernández, Fernández y Baptista, 2010). El propósito del diseño escogido es describir las variables y analizar la interrelación que puedan tener en un momento dado (Hernández et. Al., 2006).

5.1 Población y muestra

La población está conformada por todos los adultos mayores, personas con edades por sobre los 60 años, que residen actualmente en la ciudad de Valledupar. La muestra será de tipo intencional, se elegirán a la totalidad de adultos mayores que asisten a los comedores

comunitarios de la ciudad de Valledupar y que decidan participar de manera voluntaria de la investigación.

5.2 Instrumentos

Escala de bienestar psicológico de Ryff: Es un instrumento desarrollado por Carol Ryff para valorar el bienestar psicológico en sus 6 dimensiones, a) autoaceptación, b) relaciones positivas, c) autonomía, d) dominio del entorno, e) crecimiento personal y f) propósito en la vida. Se utilizará la versión de 39 ítems adaptada por Dierendonck en el 2004, la cual presenta una buena consistencia interna con valores α entre 0,78 y 0,81 y un ajuste relativamente aceptable ($CFI = 0,88$) al modelo teórico. La escala cuenta con una validación reciente en población colombiana que reporta igualmente excelentes indicadores psicométricos con valores de coeficiente omega superiores a 0.60 para todas las dimensiones (Roa, Muñoz y Clavijo, 2017).

Escala de evaluación de la cohesión y adaptabilidad familiar (FACES III): Instrumento basado en el modelo circunplejo de sistemas familiares y maritales que sostiene que el funcionamiento familiar está determinado por la cohesión, flexibilidad y comunicación del sistema familiar. Se trata de un instrumento de amplio uso en psicología y cuenta con validación en más de 700 contextos culturales. El test está compuesto por 20 ítem.” Diez de estos ítems evalúan cohesión y los otros diez evalúan adaptabilidad. Contiene dos ítems para cada una de las dimensiones de cohesión, a saber: vinculación emocional, apoyo, límites familiares, tiempo y amigos, e intereses y recreación. Hay dos ítems para cada uno de los siguientes conceptos relativos a la dimensión de adaptabilidad: liderazgo, control y disciplina, y cuatro ítems para el concepto combinado de roles y reglas” (Hernández, 1989 p.22). En cuanto a los indicadores psicométricos Vélez y Granada (2007) reportan un coeficiente alpha de Cronbach .91 para cohesión y .80 para adaptabilidad. Adicionalmente señalan que en el

test-retest el alfa fue .83 para cohesión y .80 para adaptabilidad.

5.3 Procedimiento

Luego de surtida la etapa de redacción de la propuesta inicial, o pre proyecto, y siendo autorizada por el tutor, la misma será presentada ante el comité de ética para su revisión y aprobación. Posteriormente el estudio será presentado con las autoridades municipales de Valledupar, y sociedad civil encargadas de la atención de la población de adultos mayores para buscar la validez y pertinencia social del estudio. Luego, la propuesta será presentada a los potenciales participantes a quienes se les explicarán desde un enfoque diferencial los objetivos del estudio y se pedirá autorización para su desarrollo; en este acercamiento inicial se explicará que el estudio se divide en 4 etapas; la primera de socialización, la segunda de recolección de información, la tercera de análisis de resultados, y una cuarta etapa de socialización de resultados para cerrar el ciclo de la investigación. Los participantes acompañan el estudio en la etapa 1, 2 y 4.

Durante la socialización, como se mencionó anteriormente se explican los alcances del estudio, se presenta el consentimiento informado y se seleccionan a las personas que deseen de manera libre, informada y autónoma, participar. A estas personas se les leerá el consentimiento informado y luego se procedió a su firma.

En la segunda etapa se aplican los instrumentos propuestos para lo cual se tiene previsto contar con el acompañamiento de un asistente profesional en psicología para manejar la sesión. Una vez recolectada la información se procede a la construcción de la base de datos y se ingresa a la tercera etapa de análisis estadístico de los resultados; luego, estos análisis estadísticos serán confrontados con el marco teórico para construir la discusión y las conclusiones. Una vez finalizada esta etapa se programará un nuevo encuentro con los participantes, familiares y autoridades municipales para socializar los resultados y las

conclusiones.

6. Resultados

A continuación se presentan los resultados obtenidos luego del procesamiento estadístico de las bases de datos que contenían información sobre edad, sexo y escolaridad de los participantes, así como sus respuestas codificadas de los dos instrumentos utilizados en esta investigación.

Los resultados fueron procesados considerando los objetivos de la investigación, se tomó en cuenta el tipo de variable estadística, además se analizaron los datos de los sujetos de la muestra, utilizando el programa SPSS para Windows versión 24.

Tabla 3. Edad de los participantes

Variable	Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
Edad	90	78	7,733	65	90

Fuente: Elaboración propia

Tal como se aprecia en la tabla 1, la edad de los participantes osciló entre los 65 y los 90 años, con una media de 78 años y desviación estándar de 7,7 con respecto a la media. La adultez mayor es considerada una etapa dentro del ciclo vital con características propias y diferenciadas que no dependen exclusivamente de la cronología. No obstante, para fines de intervención y tratamiento se han delimitado tres etapas del proceso clínico del envejecimiento:

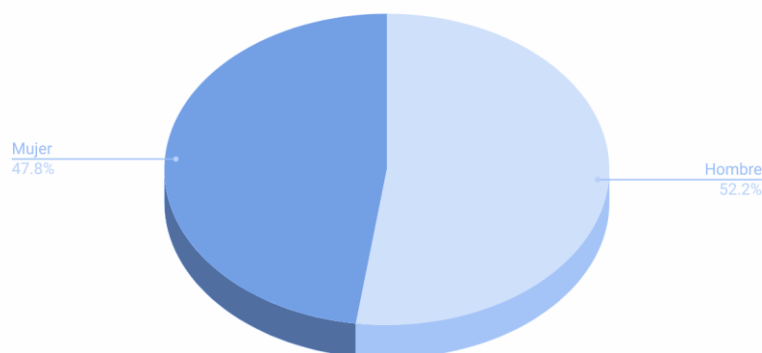
- 1) Madurez avanzada: entre los 45-60 años
- 2) Senectud: entre los 60-75 años

3) Senilidad: después de los 75 años

Retomando esta clasificación de (San Martín y Pastor, 2009), la mayoría de los participantes de este estudio se encuentran en la etapa de senilidad. Al mismo tiempo es importante reafirmar tal como se insistió a lo largo del planteamiento del problema que la vejez se experimenta de maneras diversas dependiendo del acumulado producto de la trayectoria vital del sujeto y de sus condicionantes sociales, culturales e individuales. Así, aunque el deterioro tisular propio de la degeneratividad biológica del organismo en el envejecimiento sea un hecho, no es menos cierto que la forma en que el sujeto vivió a lo largo de su vida, lo que se llama el estilo de vida, marca una tendencia sobre la forma en que se envejece.

Otro aspecto importante para recalcar es que la muestra de participantes fue escogida de manera no probabilística, de un grupo de adultos mayores que asisten a los comedores públicos para la tercera edad de la ciudad de Valledupar. Ello significa que los participantes pertenecen a los niveles 1 y 2 del SISBEN, es decir, son adultos mayores en condición de vulnerabilidad socioeconómica.

Figura 1. Sexo de los participantes



Fuente: elaboración propia

El gráfico muestra que la proporción de participantes hombres es ligeramente superior al de participantes mujeres. Aunque se conoce que las mujeres viven en promedio más años que los hombres, también es cierto que al llegar a la edad adulta las mujeres enfrentan mayores iniquidades producto de las desigualdades de género acumuladas a lo largo de la vida. Algunos de los factores asociados con la vulnerabilidad en la edad adulta son la edad, la privación económica, social y cultural; la falta de cuidadores y las enfermedades crónicas como la hipertensión arterial.

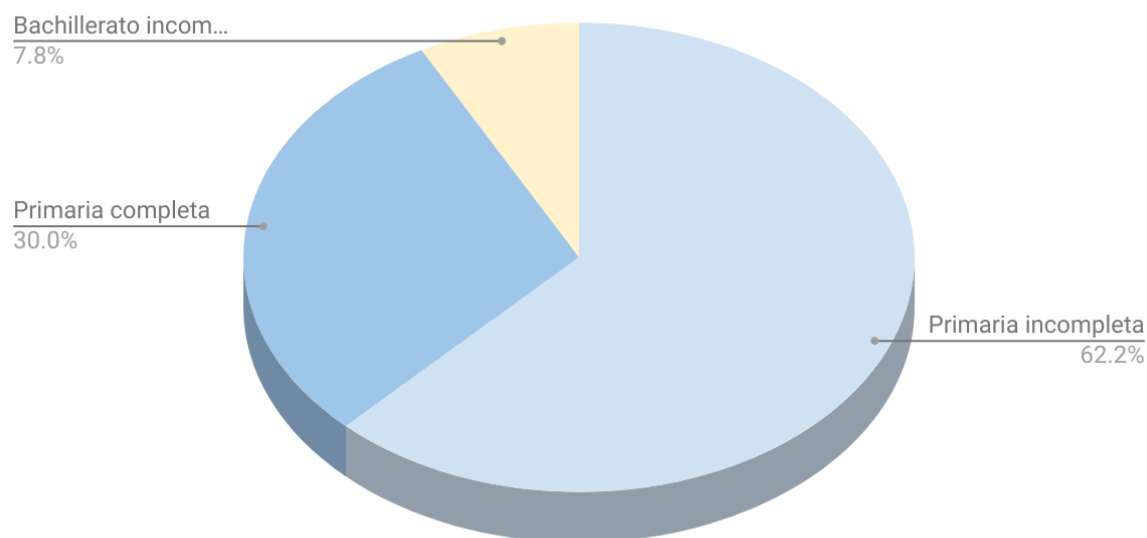
La variable género es crucial para estudiar el proceso de envejecimiento. La división de roles, tareas y funciones al interior de la sociedad es asignada de acuerdo a los estereotipos prescriptivos de género y se reproducen a través de los sistemas de socialización. Las mujeres encuentran a lo largo de sus vidas una serie de restricciones, cadenas invisibles, o cautiverios, para retomar la expresión de la antropóloga mexicana Marcela Lagarde (2014), que se expresan en privaciones de la libertad, dependencia desigual y anulación del deseo propio que acaban por convertirse en modelos normativos por los que circulan sus vidas, no obstante en la adultez mayor estos roles prescriptivos del género se trastocan. En el caso de los hombres, llegar a la adultez mayor supone renunciar a su papel exclusivo de proveedor, reencontrarse con el “universo doméstico” luego de la jubilación y aceptar la redistribución de las relaciones de poder y autoridad al interior del hogar; la masculinidad, moldeada tradicionalmente para cuidar y proteger, en la adultez mayor debe aceptar los cuidados de otros; estas experiencias que pueden ser interpretadas como faltas de respeto o burlas a la autoridad, son en esencia el producto de la remezón de los sesgos androcéntricos en los que se sustentan las bases de la familia.

Por su parte, las mujeres que arrastran desde la niñez una serie de desigualdades y

desventajas, llegan a la adultez mayor con rezagos en materia de seguridad social, con menos activos materiales para afrontar la vejez con tranquilidad y a menudo, también, con mayores necesidades de cuidado.

Ya desde (1982) el Informe del Foro de Organizaciones no Gubernamentales de Viena sobre el envejecimiento puso de manifiesto la forma en que las trayectorias familiares y ocupacionales de las mujeres condicionan su experiencia de vida en la vejez. Así, por ejemplo, siendo un mandato cultural que las mujeres se ocupen de las tareas de ese universo doméstico, que incluye labores de cuidado de los niños y los adultos mayores, labores no reconocidas ni remuneradas, es más probable que ellas no se inserten con éxito en el mercado del trabajo y por ende carezcan de jubilación y protección social.

Figura 2. Nivel educativo



Fuente: elaboración propia

El gráfico 2 exhibe una forma de escalera invertida en el que se evidencia el bajo nivel educativo de los adultos mayores que participaron en este estudio. El escalón más alto lo ocupan los adultos mayores con primaria incompleta, seguido de aquellos que completaron el grado de educación primaria y finalmente el escalón inferior ocupado por los adultos mayores con bachillerato incompleto (7,9%).

Una de las apuestas más rentables de cualquier sociedad, es la educación. La inversión en capital humano reporta beneficios no sólo a nivel individual, sino colectivo. Las personas con más grados de educación, tienen ingresos más altos y mayores posibilidades de ascenso social que redunda en la reducción de desigualdades estructurales.

El acceso limitado a oportunidades educativas a lo largo de la vida de los adultos mayores opera como una desventaja acumulada desde la infancia. Aunque no fue el objetivo de este

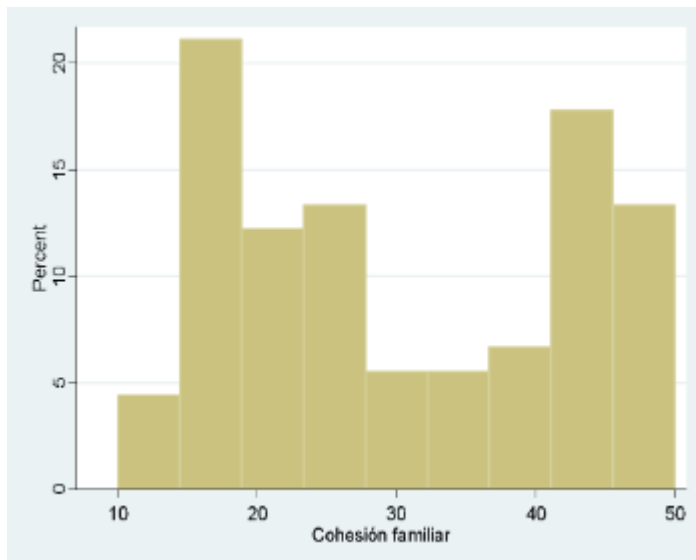
trabajo, algunas conversaciones personales sostenidas con los participantes dan cuenta de trayectorias vitales marcadas por el rezago educativo, trabajo infantil, violencia y exclusión social.

El trabajo de (Otero, Zunzunegui, Rodríguez-Laso, Aguilar, & Lázaro, 2004) titulado “volumen y tendencias de la dependencia asociada al envejecimiento en la población española” realizado con una muestra aleatoria de 1560 participantes mayores de 65 años, encontró que la dependencia de los adultos mayores en 8 actividades básicas de la vida diaria era mayor en las mujeres y en personas con bajo nivel educativo. De acuerdo con los autores: *"Las personas mayores que tuvieron bajos niveles de educación han tenido mayores privaciones a lo largo de su vida, estando más expuestas a la adversidad social y económica y teniendo menor acceso a recursos tales como una buena nutrición y una buena vivienda. Estas exposiciones aumentan el riesgo de trastornos crónicos y de discapacidad en la vejez"*.

No obstante que el nivel educativo puede aparecer como un factor de riesgo para la dependencia funcional en adultos mayores de España, no se han realizado estudios similares en población colombiana. Aun así es importante recalcar que en promedio los adultos mayores colombianos han finalizado solamente el nivel educativo de básica primaria. Según el informe de la situación de los adultos mayores en Colombia publicado por el Observatorio de democracia, “el promedio de años de educación dentro de la población colombiana mayor de 60 años fue de 5.8”, un hecho que innegablemente expresa condiciones de vulnerabilidad asociadas a menor disposición de recursos sociales y económicos a lo largo de la vida.

Características del tipo de cohesión familiar que predomina entre las familias de los adultos mayores de la ciudad de Valledupar.

Figura 3. Distribución de la escala de cohesión familiar



Fuente: Elaboración propia

La dimensión de cohesión familiar osciló entre un mínimo de 10 y un máximo de 50, con un promedio de 30 y una desviación estándar de 12. El puntaje confiabilidad para la escala de cohesión familiar utilizada en este estudio fue de 0,9588 tal como se aprecia en la tabla 2; es decir que el instrumento cuenta con indicadores psicométricos aceptables para la muestra de referencia.

Tabla 4. Consistencia interna escala de cohesión familiar

Test scale = mean(unstandardized	Ítems
Average interitem covariance:	1.507155
Number of items in the scale:	10

Scale reliability coefficient:

0.9588

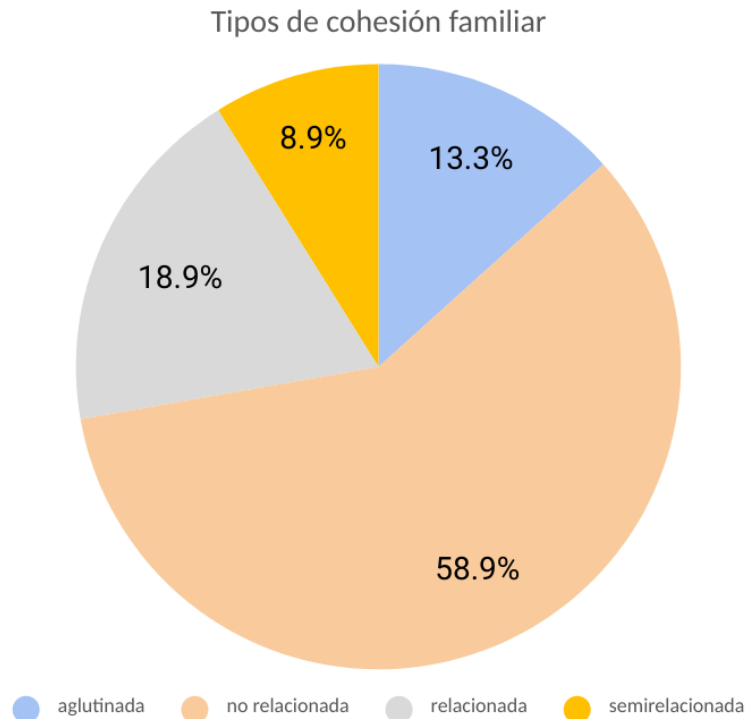
Fuente: Elaboración propia.

Tabla 5. Distribución tipos de cohesión familiar

Distribución tipos de cohesión familiar				
RECODE of				
CF (Puntaje				
Cohesión				
Familiar)	Freq.	Percent	Cum.	
Aglutinada	12	13.33	13.33	
no relacionada	53	58.89	72.22	
Relacionada	17	18.89	91.11	
Semi relacionada	8	8.89	100	
Total	90	100		

Fuente: Elaboración propia.

Figura 4. Cohesión familiar



Fuente: Elaboración propia.

Luego de calificar manualmente los instrumentos de acuerdo a los baremos de referencia se procedió a determinar los tipos de cohesión familiar presentes en los participantes. Tal como se aprecia en el gráfico 3 la mayoría de los participantes viven en familias no relacionadas (58,9%) que de acuerdo con el modelo circumplejo se caracteriza por “vínculos afectivos débiles, límites rígidos, poca unión familiar, desvinculación física y emocional; la toma de decisiones es individual y no se comparten amigos familiares”. La separación emocional es el principal indicador característico de este tipo de familias. En el otro extremo del modelo se encuentran las familias relacionadas, que en este estudio corresponden al (18,9%) y se caracterizan por: “cercanía emocional, lealtad emocional esperada, involucramiento que permite la distancia personal, interacciones afectivas alentadas y

preferidas, límites entre los subsistemas claros y cercanía parento-filial”. (Olson, Russell, Sprenkle, 2014).

La cohesión familiar puede ser definida como el grado de compromiso y ayuda mutua que los miembros del sistema familiar asumen y expresan entre ellos, para (Ortiz, 2008) en cambio: “la cohesión se refiere al grado de unión emocional percibido por los miembros de una familia”.

En el marco de las tipologías familiares propuestas por el modelo circumplejo el apego y el desapego son los espectros de la interacción familiar que determinan las relaciones de proximidad y distancia entre los miembros; el apego excesivo sería el síntoma de una necesidad de fusión propia de relaciones rígidas que impiden el desarrollo de la autonomía, mientras que el desapego se experimenta como la necesidad de poner excesiva distancia entre los miembros. Los polos en este continuum de apego-desapego se entienden como una manifestación de disfuncionalidad familiar.

Es difícil establecer a partir de una estandarización psicométrica la forma en que funcionan las familias, el factor cultural imprime rasgos característicos a la dinámica familiar, también hay factores internos y externos que modulan esta dinámica, por lo tanto es imposible describir un funcionamiento familiar normal o anormal universal. No obstante, partiendo de la propuesta de (Ortiz, 2013) existen unos arquetipos del funcionamiento familiar que incluyen: (a) el tabú del incesto, (b) la comunicación afectiva, (c) los valores y mitos, y (d) los rituales.

Como arquetipo del funcionamiento familiar el tabú del incesto hace referencia a la prohibición de tener vínculos sexuales entre miembros de la propia familia, este tabú permite la exogamia y facilita la reproducción del sistema social. En cuanto a la comunicación afectiva, hace referencia a la comunicación como aspecto fundamental de la interacción humana y por supuesto del funcionamiento familiar; los axiomas de la comunicación

propuestos por la teoría de Paul Watzlawick sostienen que: (a) la comunicación es una conducta inevitable, por lo tanto nadie puede dejar de comunicar, incluso el rechazo a comunicar es en sí mismo un mensaje; (b) la comunicación está compuesta por dos operaciones que se denominan “conativas” y “referenciales” las operaciones referenciales transmiten información, contenido; mientras que las operaciones conativas transmiten información sobre la información, es decir son operaciones destinadas a asegurar la comprensión del contenido del mensaje o la interacción, (c) un tercer axioma postula que la naturaleza de una relación depende de la puntuación de las secuencias de comunicación entre los comunicantes, en las secuencias de comunicación se despliegan iniciativas, posiciones dominantes, subyugadas, dependencias o preferencias, la secuencia de la comunicación permite conocer las posiciones de los organismos participantes en el intercambio.

En relación a la comunicación afectiva, valores y mitos y rituales, estos tienen por función mantener una trama y una narrativa coherente acerca de la historia familiar. De esta manera un funcionamiento familiar positivo se caracteriza porque se preserva el tabú del incesto, la comunicación es afectiva, y hay una trama familiar coherente aceptada por todos los miembros.

Tipos de adaptabilidad en las familias de los adultos mayores de la ciudad de Valledupar.

Tabla 6. Coeficiente de confiabilidad dimensión adaptabilidad

Coeficiente de confiabilidad dimensión adaptabilidad	
Test scale = mean(unstandardized items)	
Average interitem covariance:	0.3691414
Number of items in the scale:	10
Scale reliability coefficient:	0.7848

Fuente: Elaboración propia

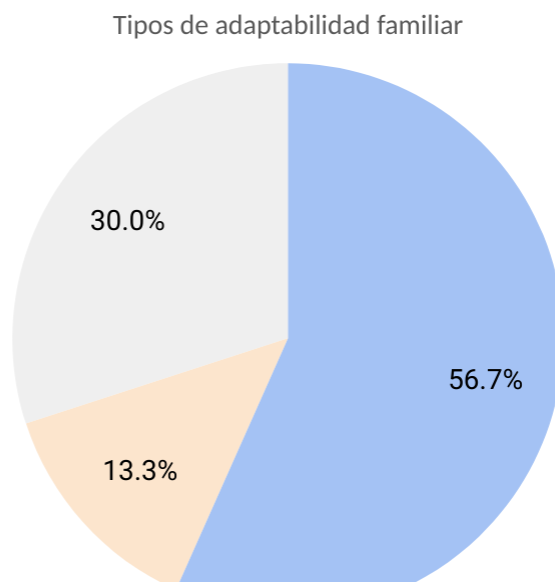
El puntaje de confiabilidad para la dimensión de adaptabilidad familiar utilizada en este estudio fue de 0,7848 tal como se aprecia en la tabla 3; es decir que el instrumento cuenta con indicadores psicométricos aceptables para la muestra de referencia.

Tabla 7. Distribución tipos de adaptabilidad familiar

Distribución tipos de adaptabilidad familiar			
(Puntaje			
Adaptabilidad Familiar	Freq.	Percent	Cum.
caótica	51	56.67	56.67
estructurada	12	13.33	70
flexible	27	30	100
Total	90	100	

Fuente: Elaboración propia

Figura 5. Tipos de adaptabilidad familiar



Fuente: Elaboración propia.

Tabla 8. Índice de bienestar psicológico

Objetivo 3: Conocer el índice de bienestar psicológico de los adultos mayores de la ciudad de Valledupar.

Escala bienestar psicológico total (Promedio todos los ítems)

1. Examen Consistencia interna

Test scale = mean(unstandardized	ítems)
Average interitem covariance:	0.62361
Number of items in the scale:	39
Scale reliability coefficient:	0.0816

*Ítems invertidos:

BPS2 BPS4 BPS5 BPS8 BPS9 BPS13 BPS15 BPS20 BPS22 BPS25
BPS26 BPS27 BPS29 BPS30 BPS33 BPS34 BPS36

Fuente. Elaboración propia

La escala de bienestar psicológico de 39 ítems en esta investigación mostró un índice de confiabilidad bajo de 0,0816 para la población de referencia.

3. Rangos Escala de Bienestar psicológico	
>176pts.	elevado
141-175pts.	alto
117-140pts.	moderado
<116pts	bajo

Figura 6. Rangos escala de bienestar psicológico



RECODE of BPS (bienestar psicologico)			
	Freq.	Percent	Cum.
moderado	61	67.78	67.78
alto	29	32.22	100
Total	90	100	

Fuente: Elaboración propia.

Los adultos mayores que hicieron parte de la muestra se ubican en los rangos que corresponden a bienestar psicológico moderado (67,78%), y alto (32,22%).

2. Promedios de Bienestar psicológico por tipos de adaptabilidad y cohesión familiar (diferencias de medias, ANOVA de 1 factor)

Tabla 9.. Contingencia rangos de bienestar psicológico, tipos de adaptabilidad y cohesión familiar (diferencias de medidas, ANOVA de 1 factor)

2. Tablas de contingencia rangos de Bienestar psicológico / tipos de adaptabilidad y cohesión familiar (diferencias de medias, ANOVA de 1 factor)				
Cohesión familiar		Bienestar psicológico Moderado	Alto	Total
aglutinada	frec	10	2	12
	% fila	83.33	16.67	100
	% columna	16.39	6.9	13.33
no relacionada	frec	33	20	53
	% fila	62.26	37.74	100
	% columna	54.1	68.97	58.89
relacionada	frec	13	4	17
	% fila	76.47	23.53	100
	% columna	21.31	13.79	18.89
semirelacionada	frec	5	3	8
	% fila	62.5	37.5	100
	% columna	8.2	10.34	8.89
Total	frec	61	29	90
	% fila	67.78	32.22	100
	% columna	100	100	100

Pearson $\chi^2(3) = 2,7575$ Pr = 0,431

Adaptabilidad familiar		Bienestar psicológico Moderado	Alto	Total
caótica	frec	40	11	51
	% fila	78.43	21.57	100
	% columna	65.57	37.93	56.67
estructurada	frec	10	2	12
	% fila	83.33	16.67	100
	% columna	16.39	6.9	13.33
flexible	frec	11	16	27
	% fila	40.74	59.26	100
	% columna	18.03	55.17	30
Total	frec	61	29	90
	% fila	67.78	32.22	100
	% columna	100	100	100

Pearson $\chi^2(2) = 13,0173$ Pr = 0,001

		Bienestar psicológico		
Modelo FF		Moderado	Alto	Total
aglutinada-caótica	frec	10	2	12
	% fila	83.33	16.67	100
	% columna	16.39	6.9	13.33
no relacionada-caótica	frec	12	2	14
	% fila	85.71	14.29	100
	% columna	19.67	6.9	15.56
no relacionada-estructurada	frec	10	2	12
	% fila	83.33	16.67	100
	% columna	16.39	6.9	13.33
no relacionada-flexible	frec	11	16	27
	% fila	40.74	59.26	100
	% columna	18.03	55.17	30
relacionada-caótica	frec	13	4	17
	% fila	76.47	23.53	100
	% columna	21.31	13.79	18.89
semirelacionada-caótica	frec	5	3	8
	% fila	62.5	37.5	100
	% columna	8.2	10.34	8.89
Total	frec	61	29	90
	% fila	67.78	32.22	100
	% columna	100	100	100

Pearson $\chi^2(5) = 14,4490$ Pr = 0,013

Fuente. Elaboración propia

Para evaluar la asociación estadística entre los tipos de cohesión familiar, de adaptabilidad y del modelo de funcionamiento familiar con el nivel de bienestar psicológico, se utiliza el estadístico χ^2 , que compara la distribución observada con una distribución "ideal" de completa independencia. De la tabla que cruza los tipos de adaptabilidad familiar y bienestar psicológico se puede concluir que (1) la adaptabilidad caótica y la estructurada está relacionada con moderado bienestar, (78%) de las personas con adaptabilidad caótica y un 83% de las personas con estructurada tienen bienestar moderado y (2) una adaptabilidad flexible está más relacionada con alto bienestar psicológico (59% de las personas clasificadas con flexibles tienen alto bienestar). Respecto a la última tabla es relevante

destacar que la mayor parte de las personas con alto bienestar psicológico tienen un funcionamiento familiar "no relacionada-flexible" (55%), mientras que los demás tipos de funcionamiento familiar están más asociados a un bienestar moderado.

Tabla 10. Correlaciones bivariadas entre las variables de estudio. Cohesión familiar, adaptabilidad familiar y bienestar psicológico

1. Correlaciones bivariadas			
Bienestar psicológico total			
	Cohesión Familiar	Adaptabilidad Familiar	Bienestar Psicológico
Cohesión Familiar	1		
Adaptabilidad Familiar	0,7918*	1	
Bienestar Psicológico	-0,2684*	-0,2224*	1

* Indica relaciones estadísticamente significativas (<0,05)

Fuente. Elaboración propia

Las correlaciones bivariadas indican (1) que hay una relación directa muy fuerte entre cohesión y adaptabilidad familiar y (2) que hay una relación inversa entre bienestar psicológico y cohesión y adaptabilidad familiar de intensidad "media". Esto quiere decir que un incremento en la cohesión y la adaptabilidad familiar está relacionado con una disminución en el puntaje de bienestar psicológico. Las relaciones son estadísticamente significativas, con un 95% de confianza, sin embargo, dadas las características del estudio los resultados son válidos únicamente para la muestra de referencia.

Tabla 11. Correlaciones bivariadas con dimensiones. Cohesión familiar, adaptabilidad familiar, autoaceptación, autonomía, crecimiento personal, dominio del entorno, propósito en la vida, relaciones positivas.

Con dimensiones								
	Cohesión Familiar	Adaptabilidad Familiar	Autoaceptación	Autonomía	Crecimiento personal	Dominio del entorno	Propósito en la vida	Relaciones positivas
Cohesión Familiar	1							
Adaptabilidad Familiar	0,7918*	1						
Autoaceptación	0,0459	0,1197	1					
Autonomía	-0,1853	-0,2405*	-0,1839	1				
Crecimiento personal	-0,055	0,0275	0,1895	0,0002	1			
Dominio del entorno	-0,1837	-0,3151*	-0,204	0,3849*	-0,0713	1		
Propósito en la vida	-0,2775*	-0,2313*	0,2951*	0,1141	0,0682	0,1588	1	
Relaciones positivas	-0,1898	-0,2063	-0,002	-0,0454	-0,2126*	0,1321	0,2916*	1

* Indica relaciones estadísticamente significativas (<0,05)

Fuente. Elaboración propia

Al observar las correlaciones entre las dimensiones de bienestar psicológico y adaptabilidad y cohesión familiar, se puede concluir que (1) la cohesión familiar tiene una relación inversa y significativa sólo con propósito en la vida y (2) adaptabilidad está relacionada de forma inversa con autonomía, dominio del entorno y propósito en la vida. La relación más importante se observa entre adaptabilidad y dominio del entorno.

7. Discusión

Los resultados no permiten rechazar la hipótesis nula. Como se pudo observar las correlaciones bivariadas entre funcionamiento familiar y bienestar psicológico mostraron relaciones inversas de intensidad media. Es decir, los adultos mayores que tienen un funcionamiento familiar de moderado a extremo, tienen a su vez mejor bienestar psicológico. En general, los participantes obtuvieron puntajes altos en la escala de BP, 69% tienen moderado BP, y 32% alto, mientras que en los puntajes de funcionamiento familiar se exhiben resultados más vinculados a funcionamientos deficientes.

Las correlaciones entre dimensiones revelan que esta relación inversa ocurre solo entre las dimensiones de cohesión y propósito en la vida; y adaptabilidad, con autonomía, dominio del entorno y propósito en la vida, siendo la relación más fuerte entre adaptabilidad y dominio del entorno.

En un nivel teórico podríamos explicar que aunque las familias muestran poca capacidad de adaptación frente a las situaciones estresantes, los adultos mayores son capaces de conservar el sentido de dirección de sus propias vidas, captar las oportunidades del medio, agenciar las transformaciones que demande el entorno y comprender los resultados en función de una trama vital en la que se tejen los logros del pasado con las posibilidades del futuro.

Un estudio desarrollado en Cuba concluyó que dentro de los principales problemas que afectan el funcionamiento familiar en la adultez mayor se encuentran los factores socioeconómicos, la carencia de recursos para satisfacer las necesidades propias, los problemas de habitabilidad en las viviendas, y la migración interna o externa de los miembros de la familia (Pérez, Delgado, Naranjo y Álvarez, 2012).

En Sincelejo (Amarís, G. V., & Arrieta, E. M. 2012) encontraron en la valoración sociofamiliar de un grupo de adultos mayores que un amplio porcentaje de ellos presentan

“problema social por no contar con una pensión u otros ingresos, tener un ingreso irregular o tener una vivienda en malas condiciones”

Las condiciones estructurales, económicas, parecen jugar un papel decisivo en el funcionamiento familiar, el estrés que se genera por la carencia de condiciones básicas de vida puede trastocar la capacidad de la familia para mantener una comunicación afectiva y una cercanía emocional y física; sin embargo en el plano individual se despliegan también unos recursos psicológicos que le permiten al sujeto reponerse a la presión de un entorno adverso. Esto está relacionado con los postulados de la teoría universalista del bienestar, que tal como hemos expuesto en el marco teórico propone que el bienestar está determinado por la capacidad que tiene el sujeto de satisfacer 3 necesidades básicas universales, que son, autonomía, competencia y relaciones; más allá de la afectividad positiva, en el bienestar psicológico parece jugar un papel crucial la autopercepción de control sobre la conducta y vida propia.

Las relaciones entre funcionamiento familiar y diferentes variables ha sido puesta a prueba en diferentes contextos y situaciones de investigación. Los resultados de algunos estudios indican que el funcionamiento familiar no es influyente sobre la ansiedad en adultos mayores con enfermedad crónica (Zavala-Rodríguez, Ríos-Guerra, García-Madrid y Rodríguez-Hernández, 2009), la salud física y los síntomas depresivos en adultos mayores (Saavedra-González, García-de León, Duarte-Ortuño, Bello-Hernández, & Infante-Sandoval, 2016; Ocampo, Romero, Herrera, & Reyes-Ortiz, 2006).

El bienestar psicológico parece variar de acuerdo con la edad. La investigación de (Mayordomo, 2016) en la ciudad de Cali mostró que las dimensiones de relaciones positivas, crecimiento personal y pérdida de autonomía disminuye en la adultez mayor, al contrario de la dimensión dominio del entorno que aumenta a medida que se avanza en edad. Es importante entender los resultados de esta investigación desde la perspectiva del ciclo vital.

En la adultez mayor, al tiempo que se experimentan pérdidas, también se ganan habilidades y recursos personales claves para la adaptación frente a las crisis.

Por otro lado, la escala de funcionamiento familiar mostró buenos indicadores psicométricos en este estudio; en cambio la escala de bienestar psicológico de 39 ítems mostró índices de confiabilidad bajos. Aunque se trata de una escala de amplio uso, la estructura factorial de BF de Ryff no ha sido comprobada completamente y se han encontrado divergencias en las bondades psicométricas de la prueba, principalmente en la bondad de ajuste dependiendo del grupo de edad (Vera-Villarroel, Urzua, Silva y Pavez, 2013). Es necesario seguir investigando la validez y confiabilidad de la escala BP de Ryff, particularmente en población adulta mayor.

El 58,9% de los adultos mayores participantes vive en familias no relacionadas, que se caracterizan por mostrar vínculos afectivos débiles, límites rígidos, poca unión familiar y, desvinculación física y emocional; en cuanto a la dimensión de adaptabilidad familiar se encontró que 56,7% vive en familias caóticas.

En este contexto, los adultos mayores como seres adaptativos, evalúan las adversidades, y condiciones desfavorables en que viven, y desarrollan estrategias de afrontamiento eficaces que les faciliten su adaptación a los cambios físicos, económicos, familiares, sociales y laborales, como un intento de encontrar significado a los sucesos y valorarlos de tal manera que les resulten menos desagradables. Es esta función de resiliencia la que permite entender por qué a pesar de estos contextos adversos los adultos mayores expresan tener un bienestar psicológico no correlacionado totalmente con sus condiciones familiares.

El apoyo social que el adulto mayor puede suplir fuera de su núcleo familiar, a través de personas de confianza, que no les permite sentirse solos ni aislarse en un entorno familiar poco cohesionado, es también un elemento que puede aportar a entender la dinámica no necesariamente correlacionada entre el bienestar y la cohesión familiar. A propósito (Acosta,

Tánori, García, Echeverría, Vales y Rubio, 2017) confirmaron que la percepción de soledad social explica el deterioro de la calidad de vida en adultos mayores mexicanos. En Colombia, (Melguizo, Ayala, Grau, Merchán, Montes, Payares y Reyes, 2014) también encontraron asociación entre la autopercepción de calidad de vida y el apoyo comunitario. Es necesario ampliar las investigaciones con modelos multivariados que permitan entender mejor el peso de variables como el apoyo comunitario, el funcionamiento familiar y la resiliencia en el bienestar psicológico.

8. Conclusiones

La adultez mayor es una etapa del ciclo vital con características diferenciadas pero no universales. Las trayectorias y acumulados vitales determinan la experiencia de vida en la vejez. Una de estas experiencias de vida es la cultura acumulada, y en Valledupar existe una prevalencia importante de analfabetismo, que invita a pensar en una línea de intervención a nivel de políticas públicas con un enfoque de derechos al ciclo vital.

A nivel país, el porcentaje de adultos mayores que cuentan con aseguramiento pensional es bajo, estas carencias económicas pueden tener un impacto alto en el bajo funcionamiento familiar especialmente en las mujeres.

Los adultos mayores que participaron en este estudio, tienen mayoritariamente, un funcionamiento familiar de moderado a extremo, mientras que exhiben mejores puntajes en bienestar psicológico. Algunas teorías que pueden explicar estos resultados planteando que el bienestar psicológico está más influenciado por la satisfacción de las necesidades básicas de autonomía, competencia y relaciones.

Es necesario profundizar a través de modelos multivariados en peso de la influencia de variables como el apoyo comunitario en el bienestar psicológico de los adultos mayores.

9. Referencias

Ackerman, P. L. (1996). A theory of adult intellectual development: Process, personality, interests, and knowledge. *Intelligence*, 22(2), 227-257

Agar Corbinos, L. (2001). Transición demográfica y envejecimiento en América Latina y el Caribe: hechos y reflexiones sociobioéticas. *Acta bioethica*, 7(1), 27-41.

José, G. (2018). Envejecimiento y desarrollo en América Latina y el Caribe.

Agudelo-Suárez, A. A., Posada-López, A., & Meneses-Gómez, E. J. (2015). Salud mental en adultos mayores atendidos en la red hospitalaria pública de Medellín, Colombia. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 32(4), 701-708.

Cardona, D., Segura, Á., Segura, A., Muñoz, D., Jaramillo, D., Lizcano, D., ... & Morales, S. (2018). Índice de vulnerabilidad de adultos mayores en Medellín, Barranquilla y Pasto. *Biomédica*, 38, 101-113.

Aguirre-Acevedo, D. C., Henao, E., Tirado, V., Muñoz, C., Arango, D. G., Restrepo, F. L., & Barragán, F. J. (2014). Factores asociados con el declive cognitivo en población menor de 65 años. Una revisión sistemática. *Revista colombiana de psiquiatría*, 43(2), 113-122.

Aldwin, C. M., Sutton, K. J., Chiara, G., & Spiro, A. (1996). Age differences in stress, coping, and appraisal: Findings from the Normative Aging Study. *The Journals of Gerontology: Series B*, 51(4), P179-P188.

Albán, A. (2005). El desencanto o la modernidad hecha trizas. Una mirada a las racionalidades en tensión. *Pensamiento crítico y matriz (de) colonial reflexiones latinoamericanas*. Quito, Ecuador: Abya Yala.

Alvarado García, A. M., Maya, S., & María, Á. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2), 57-62.

Solano, C., & Jhakelin, L. (2019). Características sociodemográficas del adulto mayor y percepción de su envejecimiento. La Tulpuna Cajamarca 2018.

Amarís, G. V., & Arrieta, E. M. (2012). Condición sociofamiliar, asistencial y de funcionalidad del adulto mayor de 65 años en dos comunas de Sincelejo (Colombia). *Salud Uninorte*, 28(1), 75-87.

Astutti, A. (2004). *Lazos de familia: herencias, cuerpos, ficciones*(Vol. 13). Ediciones Paidós Iberica.

Baltes, P. B., Lindenberger, U., & Staudinger, U. M. (1998). of Book: Theoretical models of human development. Wiley.

Barra, E. (2010). Bienestar psicológico y orientación de rol sexual en estudiantes universitarios. *Terapia psicológica*, 28(1), 119-125.

Barra Almagiá, E., Soto Quevedo, O., & Schmidt Díaz, K. (2013). Personalidad y bienestar psicológico: un estudio en universitarios chilenos Personality and psychological well-being: a study in chilean university student. *Revista de Psicología*, 9(17), 7-18.

Barrientos, A., & Unido, R. (2007). Nuevas estrategias de seguridad del ingreso en la vejez para los países de bajos ingresos. *Comisión Técnica del Seguro de Vejez, Invalidez y Sobrevivientes, Foro Mundial de la Seguridad Social, Moscú*, 10-15.

Rubio, L., Dumitrache, C. G., Di Giusto, C., & Buedo-Guirado, C. (2019). Estrategias de afrontamiento eficaces para un envejecimiento con éxito. Salud y ciclo vital.

Bernal-Martínez-de-Soria, A. (2004). Hace diez años: Año Internacional de la Familia.

Betancourt, D. P., Rodríguez, C. J., Vogel, S. H., Soler, A. V., Pérez, J., Montoya, S., ... & Suárez, M. (2007). Política nacional de envejecimiento y vejez. *Bogotá: Ministerio de la Protección Social*.

Boehm, J. K., & Lyubomirsky, S. (2009). The promise of sustainable happiness.

Bojorquez-Chapela, I., Villalobos-Daniel, V., Manrique-Espinoza, B., Tellez-Rojo, M., & Salinas-Rodríguez, A. (2009). Depressive symptoms among older adults in Mexico: prevalence and associated factors. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 26, 70-77.

Bourdieu, P. (1997). Espíritu de familia. *Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción*, 126-

Burin, M., Meler, I., & Ramírez Rodríguez, M. H. (1998). Género y Familia poder, amor y sexualidad en la construcción de la subjetividad [Reseña]. *Trabajo Social*, (3), 159-161.

Butler, J. (2000). El marxismo y lo meramente cultural. *New left review*, 2, 109-121.

Blanchflower, D. G., & Oswald, A. J. (2004). Money, sex and happiness: An empirical study. *Scandinavian Journal of Economics*, 106(3), 393-415.

Bradburn, N. M. (1969). The structure of psychological well-being.

Cabrera, S., & Osorno, D. (2013). Envejecimiento cerebral y cognoscitivo en el adulto mayor. *Rev Asoc Colomb Gerontol Geriatr*, 27, 1764-citation_lastpage.

Cardona, D. (2010). Comparativo de la calidad de vida del adulto mayor. Medellín, 2008. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 28(2).

Valdés, O. L., & Paulín, Y. P. (2019). Calidad de vida del adulto mayor. *Revista Universidad Médica Pinareña*, 15(1).

Cardona Jiménez, J L; Villamil Gallego, M M; Henao Villa, E; Quintero Echeverri, Á; (2013). El sentimiento de soledad en adultos. *Medicina U.P.B.*, 32() 9-19. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=159029099002>.

Castro Solano, A. (2011). Las rutas de acceso al bienestar. Relaciones entre bienestar hedónico y eudaemónico. Un estudio en población argentina. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación-e Avaliação Psicológica*, 1(31).

Campbell, A. (1976). Subjective measures of well-being. *American psychologist*, 31(2), 117.

Cervera Estrada, L., Hernández Riera, R., Pereira Jiménez, I., & Sardiñas Montes de Oca, O. (2008). Caracterización de la atención familiar al adulto mayor. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 12(6), 0-0.

Cornelis, J. (2010). Happiness, economics and public policy: A critique review article on Happiness, economics and public policy. En H. Johns & P. Ormerod (eds), *The Institute of Economic Affairs, Journal Happiness Study*, 1, p. 125-130.

Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1980). Influence of extraversion and neuroticism on subjective well-being: happy and unhappy people. *Journal of personality and social psychology*, 38(4), 668.

Chica, D. A. O., Velandia, R. A., & Ortiz, L. H. G. (2005). Suicidio y vejez. *PRESENTACIÓN DE CASOS*, 840.

Deusa, I. M., & Peruga, M. B. (1998). *Amor, matrimonio y familia: la construcción histórica de la familia moderna* (Vol. 7). Editorial Síntesis.

Díaz Morales, J. F. (2006). Perspectiva temporal futura y ciclo vital. *Anales de psicología*, 22(1).

Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C., & Dierendonck, D. V. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18(3).

Dugravot, A., Guéguen, A., Kivimaki, M., Vahtera, J., Shipley, M., Marmot, M. G., & Singh-Manoux, A. (2009). Socioeconomic position and cognitive decline using data from two waves: what is the role of the wave 1 cognitive measure?. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 63(8), 675-680.

Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136.

Engels, F., & Morgan, L. H. (1978). *The origin of the family, private property and the state* (p. 110). Moscow: Foreign Languages Publishing House.

Erikson, E. H., & Erikson, J. M. (1998). *The life cycle completed (extended version)*. WW Norton & Company.

Erikson, E. H. (2012). *El ciclo vital completado: Edición revisada y ampliada*. Grupo Planeta Spain.

Fernández-Ballesteros, R. (2004). La psicología de la vejez. *Encuentros multidisciplinares*.

Ferrada Mundaca, L., & Zavala Gutiérrez, M. (2014). Bienestar psicológico: adultos mayores activos a través del voluntariado. *Ciencia y enfermería*, 20(1), 123-130.

Cortese, R., Canales, M. M. M. F., & Siegien, N. B. (2018). Estudio del bienestar psicológico, emocional y social en la vejez.

Flores-Pacheco, S., Huerta-Ramírez, Y., Herrera-Ramos, O., Alonso-Vázquez, O. F., & Calleja-Bello, N. (2011). Factores familiares y religiosos en la depresión en adultos mayores. *Journal of behavior, health & social issues (México)*, 3(2), 89-100.

García, M. D. C. (2001). Educación y funcionamiento cognitivo en mayores: aplicaciones del concepto de zona de desarrollo próximo. *Tabanque: Revista pedagógica*, (16), 157-168.

Gastrón, L. (2003). *Una mirada de género en las representaciones sociales sobre la vejez*. Area de Estudios Interdisciplinarios de la Mujer, Departamento de Ciencias Sociales, Universidad Nacional de Luján.

Garaigordobil, M., Aliri, J., & Fontaneda, I. (2009). Bienestar psicológico subjetivo: diferencias de sexo, relaciones con dimensiones de personalidad y variables predictoras. *Psicología conductual*, 17(3), 543-559.

Gifre, M., Monreal, P., & Esteban, M. (2011). El desarrollo de la identidad a lo largo del ciclo vital. Un estudio cualitativo y transversal. *Estudios de Psicología*, 32(2), 227-241.

Gómez, E. O., & Guardiola, V. J. V. (2014). Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización. *Justicia juris*, 10(1), 11-20.

Graham, J. R., & Shier, M. L. (2010). Social work practitioners and subjective well-being: Personal factors that contribute to high levels of subjective well-being. *International Social Work*, 53(6), 757-772.

Guerra, L. A. (2009). Familia y heteronormatividad. *Revista Argentina de estudios de Juventud*, 1.

Hsee, C. K., Yang, Y., Li, N., & Shen, L. (2009). Wealth, warmth, and well-being: Whether happiness is relative or absolute depends on whether it is about money, acquisition, or consumption. *Journal of Marketing Research*, 46(3), 396-409.

Kahneman, D., & Deaton, A. (2010). High income improves evaluation of life but not emotional well-being. *Proceedings of the national academy of sciences*, 107(38), 16489-16493.

León, M. (1995). La familia nuclear: origen de las identidades hegemónicas femenina y masculina. *TM Editores*. Bogotá.

Lezaun, J. Y. (2006). *Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional* (No. 11002). Imserso.

Madrigal-Martinez, M. (2010). Ingresos y bienes en la vejez, un acercamiento a la configuración de la seguridad económica de los adultos mayores mexiquenses. *Papeles de población*, 16(63), 117-153.

Margot, J. P. (2007). La felicidad. *Praxis Filosófica*, (25), 55-80.

Martínez Ortega, M. P., Luque, P., Luz, M., & Carrasco Fernández, B. (2002). Visión histórica del concepto de vejez desde la Edad Media. *Cultura de los cuidados*, Año VI, n. 11 (1. semestre 2003); pp. 40-46.

Martínez-Mendoza, J., Martínez-Ordaz, V., Esquivel-Molina, C., & Velasco-Rodríguez, V. (2007). Prevalencia de depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 45, 21-28.

Matusevich, D. (2003). Análisis cualitativo de ocho notas suicidas en la vejez. *ERTE V X*, 14(52), 141.

Miguel, J. M. T., Germes, A. O., Pardo, E. N., Moral, J. C. M., & Sena, C. M. (2009). Comparación del bienestar psicológico de personas mayores dominicanas y españolas. *Revista española de geriatría y gerontología*, 44(4), 180-185.

Minuchín, S., & Nichols, M. P. (1994). *La recuperación de la familia: relatos de esperanza y renovación*. Paidós.

Moos, R. H. (1976). *Human adaptation: Coping with life crises*. Heath.

Monchietti, A., Lombardo, E., & Krzemien, D. (2006). La historia cognitiva en la vejez. Implicancias clínicas.

Monchietti, A., & Sánchez, M. L. (2008). Acerca de la génesis de la representación social de la vejez. *revista argentina de sociología*, 6(10), 143-150.

Montes de Oca, V. (2003). El envejecimiento en el debate mundial: reflexión académica y política. *Papeles de población*, 9(35), 77-100.

Moya Solís, A. M. (2015). *Influencia de las relaciones familiares en el sentimiento de abandono del adulto mayor institucionalizado del Centro Geriátrico Sagrado Corazón de Jesús de la ciudad de Ambato* (Bachelor's thesis, Universidad Técnica de Ambato-Facultad de Ciencias de la Salud-Carrera de Psicología Clínica).

Munnichs, J. M. (1966). Old age and finitude: A contribution to psychogerontology. *Human Development*.

Murillo, E. N., Correa, M. D. P. C., & Aguirre, O. L. C. (2006). Representaciones de la vejez em relación con el proceso salud-enfermedad de un grupo de ancianos. *Hacia Promoción Salud*, 11, 107-18.

Neri, A. L. (2002). Bienestar subjetivo en la vida adulta y en la vejez: hacia una psicología positiva; en América Latina. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 1(1), 55-74.

Nieto, M. L., & Alonso, L. M. (2007). ¿ Está preparado nuestro país para asumir los retos que plantea el envejecimiento poblacional?. *Salud Uninorte*, 23(2).

Olson, D. H., & McCubbin, H. I. (1982). Circumplex model of marital and family systems. V. Application to family stress and crisis intervention. *Family stress, coping and social support/edited by Hamilton McCubbin, A. Elizabeth Cauble, Joan M. Patterson*.

Olson, D. H., Sprenkle, D. H., & Russell, C. S. (1979). Circumplex model of marital and family systems: I. Cohesion and adaptability dimensions, family types, and clinical applications. *Family process*, 18(1), 3-28.

Olson, D., Russell, C. S., & Sprenkle, D. H. (2014). *Circumplex model: Systemic assessment and treatment of families*. Routledge.

Oliva, Á., Mendizábal, M. R. L., & Asencio, E. N. (2013). Análisis del bienestar psicológico, estado de salud percibido y calidad de vida en personas adultas mayores. *Pedagogía social: revista interuniversitaria*, (22), 11-16.

Organización de las Naciones Unidas. Consejo Económico y Social (1991): Estudio Económico y Social Mundial 2007: el desarrollo en un mundo que envejece, recurso electrónico: <http://www.un.org/es/>

Ortiz, D. (2008). La terapia familiar sistémica.

Otero, Ángel, Zunzunegui, María Victoria, Rodríguez-Laso, Ángel, Aguilar, María Dolores, & Lázaro, Pablo. (2004). Volumen y tendencias de la dependencia asociada al envejecimiento en la población española. *Revista Española de Salud Pública*, 78(2), 201-213. Recuperado en 10 de julio de 2019, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272004000200007&lng=es&tlng=es.

Papalia, D. E. D. E. (2009). *Desarrollo del adulto y vejez*. Recuperado de <https://psicobolivar.files.wordpress.com/2011/09/desarrollo-del-adulto-y-vejez-papalia-libro.pdf>.

Páramo, M. D. L. Á., Straniero, C. M., García, C. S., Torrecilla, N. M., & Gómez, E. E. (2012). Bienestar psicológico, estilos de personalidad y objetivos de vida en estudiantes universitarios. *Pensamiento Psicológico*, 10(1), 7-21.

Pérez Martín, M. M., Delgado Cruz, A., Naranjo Ferregut, J. A., Álvarez González, K., & Díaz Rey, R. C. (2012). Medio familiar de los adultos mayores. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 16(1), 97-104.

Pérez Martín, M. M., Delgado Cruz, A., Naranjo Ferregut, J. A., Álvarez González, K., & Díaz Rey, R. C. (2012). Medio familiar de los adultos mayores. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 16(1), 97-104.

Plassman, B. L., Williams, J. W., Burke, J. R., Holsinger, T., & Benjamin, S. (2010). Systematic review: factors associated with risk for and possible prevention of cognitive decline in later life. *Annals of internal medicine*, 153(3), 182-193.

Plomin, R., Lichtenstein, P., Pedersen, N. L., McClearn, G. E., & Nesselroade, J. R. (1990). Genetic influence on life events during the last half of the life span. *Psychology and aging*, 5(1), 25.

Roa, C. A. P., Muñoz, J. A. C., & Clavijo, R. A. C. (2017). Estudio psicométrico de las Escalas de Bienestar Psicológico de Ryff en adultos jóvenes colombianos. *Pensamiento Psicológico*, 16(1), 45-55

Rodríguez Daza, K. D. (2011). Vejez y envejecimiento. *Borradores de Investigación: Serie documentos escuela de medicina y ciencias de la salud*, ISSN 2145-4744, No. 12 (Enero de 2011).

Ruiz, E. D., & Valdivieso, C. U. (2002). Psicología del ciclo vital: hacia una visión comprehensiva de la vida humana. *Revista Latinoamericana de psicología*, 1(1), 17-27.

Ryan, R. M., Sheldon, K. M., Kasser, T., & Deci, E. L. (1996). All goals are not created equal: An organismic perspective on the nature of goals and their regulation.

Ryff, C. D. (1995). Psychological well-being in adult life. *Current directions in psychological science*, 4(4), 99-104.

Saavedra-González, A. G., García-de León, Á., Duarte-Ortuño, A., Bello-Hernández, Y. E., & Infante-Sandoval, A. (2016). Depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores de una unidad de medicina familiar de Guayalejo, Tamaulipas, México. *Atención Familiar*, 23(1), 24-28.

Salgado-de Snyder, V. N., & Wong, R. (2007). Género y pobreza: determinantes de la salud en la vejez. *salud pública de méxico*, 49, s515-s521.

Santana, Y. D. L. C. B., Enríquez, J. B., Rodríguez, Y. M., & Díaz, A. S. (2015). Determinación de los factores psicosociales potenciadores de conductas suicidas en los adultos mayores/Determination of the psychosocial factors, enhancers of suicidal behavior in older adults. *MediCiego*, 21(1).

Santrock, J. W. (2006). *Psicología del desarrollo: el ciclo vital*. McGraw-Hill, Interamericana de España.

Seligman, M. E. (2017). *La auténtica felicidad*. B DE BOOKS.

Sena, C. M., & Meléndez, J. C. (2006). Bienestar psicológico en envejecientes de la República Dominicana. *Revista Iberoamericana de Gerontología y Geriátrica*, 22, 97-105.

Schaie, K. W., Willis, S. L., & Caskie, G. I. (2004). The Seattle longitudinal study: Relationship between personality and cognition. *Aging Neuropsychology and Cognition*, 11(2-3), 304-324.

Singh-Manoux, A., Kivimaki, M., Glymour, M. M., Elbaz, A., Berr, C., Ebmeier, K. P., ... & Dugravot, A. (2012). Timing of onset of cognitive decline: results from Whitehall II prospective cohort study. *Bmj*, 344, d7622.

Stets, J. E., & Burke, P. J. (2000). Identity theory and social identity theory. *Social psychology quarterly*, 224-237.

Stutzer, A. (2004). The role of income aspirations in individual happiness. *Journal of Economic Behavior & Organization*, 54(1), 89-109.

Tellegen, A., Lykken, D. T., Bouchard, T. J., Wilcox, K. J., Segal, N. L., & Rich, S. (1988). Personality similarity in twins reared apart and together. *Journal of personality and social psychology*, 54(6), 1031.

Torralba, F. (2013). *Los maestros de la sospecha: Marx, Nietzsche, Freud*. Fragmenta Editorial.

Thomae, H. (1970). Theory of aging and cognitive theory of personality. *Human development*, 13(1), 1-16.

Tur, C. T. (2013). Cambio evolutivo, contextos e intervención psicoeducativa en la vejez. *Contextos Educativos. Revista de Educación*, (4), 119-133.

Urzúa, A., Bravo, M., Ogalde, M., & Vargas, C. (2011). Factores vinculados a la calidad de vida en la adultez mayor. *Revista médica de Chile*, 139(8), 1006-1014.

Vielma Rangel, J., & Alonso, L. (2010). El estudio del bienestar psicológico subjetivo. Una breve revisión teórica. *Educere*, 14(49).

Vivaldi, F., & Barra, E. (2012). Bienestar psicológico, apoyo social percibido y percepción de salud en adultos mayores. *Terapia psicológica*, 30(2), 23-29.

Vélez, M. D. C. C. (2008). La historia de la vejez. *Ensayos: Revista de la Facultad de Educación de Albacete*, (23), 237-254.

Veenhoven, R. (2005). Lo que sabemos de la felicidad. *Calidad de vida y bienestar subjetivo en México*, 1, 17-56.

Yuni, J., & Urbano, C. (2011). Aportes para una conceptualización de la relación entre aprendizaje y resignificación identitaria en la vejez.

Zavala, M., Vidal, D., Castro, M., Quiroga, P., & Klassen, G. (2006). Funcionamiento social del adulto mayor. *Ciencia y enfermería*, 12(2), 53-62.

Zavala-Rodríguez, Ma. del Refugio, Ríos-Guerra, María del Carmen, García-Madrid, Guillermina, & Rodríguez-Hernández, Claudia Patricia. (2009). Funcionalidad familiar y ansiedad en pacientes adultos con enfermedad Crónica. *Aquichan*, 9(3), 257-270. Retrieved July 15, 2019, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972009000300006&lng=en&tlng=es.

Zdanowicz, N., Pascal, J., & Reynaert, C. (2004). ¿Juega la familia un papel clave en la salud durante la adolescencia?. *The European journal of psychiatry (edición en español)*, 18(4), 215-224.